

CLIENT INFORMATION

PAYER FINANCIAL INFORMATION

1 CLIENT NAME	SS #	DMH CLIENT ID #	FAMILY REGISTRATION #
2 MAIDEN NAME	DOB	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP	SPOUSE/PARTNER/SIGNIFICANT OTHER'S NAME
3 FOSTER CARE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VICTIMS OF CRIME <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VETERAN <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	WORKER'S COMP <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		HOMELESS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CALWORKS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
4 PROVIDER OF FINANCIAL INFORMATION Name and Address (Complete only if other than the client or responsible person)			

THIRD PARTY INFORMATION

5 MEDI-CAL <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ECM PLAN NAME	MEDI-CAL COUNTY CODE /AID CODE/ CIN #	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SHARE OF COST <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SOC AMT \$	MEDI-CAL PENDING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
6 SSI PENDING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SSI APPLICATION DATE	REFERRED FOR BENEFITS ASSESSMENT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DATE REFERRED	REASON FOR NOT REFERRING MEDI-CAL/SSI ELIGIBLE TO BENEFITS ASSESSMENT			
7 MEDICARE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE NUMBER (MBI)	LIFETIME EXTENDED SIGNATURE AUTHORIZATION SIGNED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DATE SIGNED	MEDI-GAP <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	TRICARE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CHAMPVA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
8 HMO/PPO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF CARRIER	SUBSCRIBER POLICY ID #	SUBSCRIBER NAME		
9 CARRIER ADDRESS FOR MENTAL HEALTH CLAIMS			INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS SIGNATURES OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
10 ADD'L HMO/PPO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF CARRIER	SUBSCRIBER POLICY ID #	SUBSCRIBER NAME		
11 CARRIER ADDRESS FOR MENTAL HEALTH CLAIMS			INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS SIGNATURES OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

PAYER REFERENCES (CLIENT OR FINANCIALLY RESPONSIBLE PERSON)

12 NAME OF PAYER	RELATION TO CLIENT	DOB	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP	PAYER CDL/CAL ID/OTHER ID
13 PAYER'S ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE	TEL #
14 SOURCE OF INCOME: <input type="checkbox"/> SALARY <input type="checkbox"/> SELF EMPLOYED <input type="checkbox"/> UNEMPLOYMENT INSURANCE <input type="checkbox"/> DISABILITY INSURANCE <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Other Public Assistance <input type="checkbox"/> IN-KIND <input type="checkbox"/> UNKNOWN <input type="checkbox"/> OTHER:				PAYER SS #
15 EMPLOYER		POSITION		IF NOT EMPLOYED, DATE LAST WORKED
16 EMPLOYER'S ADDRESS (Include City, State & Zip Code)				TEL #
17 SPOUSE		ADDRESS (Include City, State & Zip Code)		SPOUSE'S SS #
18 SPOUSE'S EMPLOYER		POSITION		IF NOT EMPLOYED, DATE LAST WORKED
19 SPOUSE'S EMPLOYER'S ADDRESS (Include City, State & Zip Code)				TEL #
20 NEAREST RELATIVE/RELATIONSHIP		ADDRESS (Include City, State & Zip Code)		TEL #

UMDAP LIABILITY DETERMINATION

21 LIQUID ASSETS	22 ALLOWABLE EXPENSES	23 ADJUSTED MONTHLY INCOME
Savings \$ _____	Court ordered obligations paid monthly \$ _____	GROSS MONTHLY INCOME Self/Payer \$ _____
Checking Accounts \$ _____	Monthly childcare payments (necessary for employment) \$ _____	Spouse \$ _____
IRA, CD, Market value of stocks, bonds and mutual funds \$ _____	Monthly dependent support payments \$ _____	Other \$ _____
TOTAL LIQUID ASSETS \$ _____	Monthly medical expense payments \$ _____	TOTAL HOUSEHOLD INCOME \$ _____
Less Asset Allowance \$ _____	Monthly mandated deductions from gross income for retirement plans. (Do not include Social Security) \$ _____	TOTAL FROM BOX 21 + \$ _____
Net Asset Valuation \$ _____	Total Allowable Expenses \$ _____	SUBTOTAL + \$ _____
Monthly Asset Valuation (Divide Net Asset by 12) \$ _____		LESS TOTAL FROM BOX 22 - \$ _____
VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Adjusted Monthly Income \$ _____
24 Number Dependent on Adjusted Monthly Income (Client included)	ANNUAL LIABILITY	VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	ANNUAL CHARGE PERIOD FROM _____ TO _____	Payment Plan \$ _____ per month for <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 months

OTHER

25 PRIOR MENTAL HEALTH TREATMENT DURING CURRENT ANNUAL CHARGE PERIOD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO WHERE:	FROM	TO	CURRENT ANNUAL LIABILITY BALANCE
26 ANNUAL LIABILITY ADJUSTED BY	DATE	REASON ADJUSTED <input type="checkbox"/> TFA (enter date client signed below) <input type="checkbox"/> Other (describe below)	
ANNUAL LIABILITY ADJUSTMENT APPROVED BY	DATE		
27 An explanation of the UMDAP liability was provided. SIGNATURE OF INTERVIEWER	PROVIDER NAME AND NUMBER		
28 I affirm that the statements made herein are true and correct to the best of my knowledge and I agree to the payment plan as stated on line 24 SIGNATURE OF CLIENT OR FINANCIALLY RESPONSIBLE PERSON			
DATE			

ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՐԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԿՈՆԿՐԵՏ ԳՆԱՆՍԱԿԱՆ ԿԻՏԱԿԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՐԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

1 ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ԱՆՈՒՆ ԱՌՈՂՁՈՒԹՅԱՆ ԱՊԼԻԿԱՆԻ ԿԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԱՆԻ ՏՏՆ DMH ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ԻԶ ՀԱՄԱՐ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԿԱՐԳՎԻՃԱԿԻ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

ԵՐՈՐՈՂ ԿՈՐԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՐԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

5 MEDI-CAL ԵՐԱԳԻՐ ԿԱՐՉՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԵՐԱՍՏՆԱԿԱՆ ԿԱՐՉՈՒԹՅԱՆ (ECM) ՊԼԱՆԻ ԱՆՎԱՆՈՒՄ ԿՈՐԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԿՈՐԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ԿՈՐԱՄԻ ՄԱՍԻՆ

ԿՈՆԿՐԵՏ ՏԵՐԵԿԱՆՔՆԵՐ (ՀԱՃԱՆՈՐԴ ԿԱՐՉ ԳՆԱՆՍԱԿԱՆ ՊԱՏԱՆԱՆԱՏՈՒ ՄԵՁ)

12 ԿՈՆԿՐԵՏ ԱՆՈՒՆ ԿԱՐՉ ՀԱՃԱՆՈՐԴԻ ՀԵՏ ԵՆՏԱՆԵԿԱՆ ԿԱՐՉՎԻՃԱԿ ԿՈՆԿՐԵՏ CDI/CAL ID/ԱՅԼ ID

UMDAP ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄ

Table with 3 columns: 21 ԼԻԿՎԻԴԱՅԻՆ ԱԿՏԻՎՆԵՐ, 22 ԹՈՒՅԱՏՐԵԼԻ ԾԱԽՍԵՐ, 23 ԾԵԳՐՏՎԱԾ ԱՄՍԱԿԱՆ ԵԿԱՄՈՒՏ

24 ՔԱՆԱԿՆԵՐ ԻՐԱՆՎԱԾ ԾՅՈՒՄԱԾ ԱՄՍԱԿԱՆ ԵԿԱՄՈՒՄ ԿՈՆԿՐԵՏ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆ ՍԱՐԵԿԱՆ ԿԱՐՉՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱՆՈՒՄ

ԱՅԼ

25 ԱՆՍԿԱՆՈՒՄ ԸՆԹԱՑԻԿ ՍԱՐԵԿԱՆ ԿԱՐՉՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱՆՈՒՄ ԿԱՐՉՎԱԾ Ե ՈՐՄ ԿՈՐԱՄԻՑ ՈՐՄ ԸՆԹԱՑԻԿ ՍԱՐԵԿԱՆ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ՄԼԱՑՈՂԻ