## LOS ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

CONFIDENTIAL CLIENT INFORMATION

SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI APPLIC YES NO MEDICARE YES NO MEDICARE YES NO MEDICARE YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YER CARRIER ADDRESS FOR MENTAL  YER REFERENCES (CLI MAME OF PAYER  AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S.	TION  AN NAME MED  CATION DATE REI  NUMBER (MBI) LIFE NAME  ADVANTAGE NAME  ADVANTAGE NAME  ADVANTAGE NAME  ALARY SELF EMP  her Public Assistance	PLOYED I	RESPONSI RELATION T CITY  UNEMPLOY	HOMELESS YES NO	PEALTHY FAMIL    HEALTHY FAMIL   YES   NO   REASON FOR NO   SUBSCRIBER POL   SUBSCRIBER POL   SUBSCRIBER POL	OTHER SPE  IES SHARE O YE  REFERRING I  O ME YE  CYID#  INSUR BENEI  CYID#  INSUR BENEI  MARIT M S  STATE	CIAL POPU  COF COST S NO MEDI-CAL/SS  DI-GAP S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA' SUBSCRIBER ANCE AUT	SOC AMT \$ SOC AMT \$ ITRICARE YES NO R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME	MEDI-CAL PENDIN  YES NO NEFITS ASSESSMENT  CHAMPVA	
OSTER CARE  OSTER CARE	TION  AN NAME MED  CATION DATE REI  NUMBER (MBI) LIFE NAME  ADVANTAGE NAME  ADVANTAGE NAME  ADVANTAGE NAME  ALARY SELF EMP  her Public Assistance	PLOYED I	ER'S COMP S NO Enter only if other the other than the other	HOMELESS YES NO	CALWORKS O YES NO Tresponsible person)  HEALTHY FAMIL YES NO TREASON FOR NO  ORIZATION SIGNED  SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  RANCE DISABIL	OTHER SPE  IES SHARE O YE  REFERRING I  O ME YE  CYID#  INSUR BENEI  CYID#  INSUR BENEI  MARIT M S  STATE	CIAL POPU  COF COST S NO MEDI-CAL/SS DI-GAP S NO SUBSCRIBER CANCE AUT FITS SIGNA TAL STATUS D N D	SOC AMT \$ SI ELIGIBLE TO BE TRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	MEDI-CAL PENDIN  YES NO  NEFITS ASSESSMENT  CHAMPVA  YES NO  ASSIGNMENT OF  A ASSIGNMENT OF  A ASSIGNMENT OF  JED YES NO	
ROVIDER OF FINANCIAL INFORMA  MEDI-CAL YES	TION  AN NAME MED  CATION DATE REI  NUMBER (MBI) LIFE NAME  ADVANTAGE NAME  ADVANTAGE NAME  ADVANTAGE NAME  ALARY SELF EMP  her Public Assistance	PLOYED I	RESPONSI RELATION T CITY  UNEMPLOY	HOMELESS YES NO an the client o  CODE/ CIN #  ASSESSMEN RRED  TURE AUTHONED  IBLE PER O CLIENT  MENT INSUIONN OWN OWN OWN OWN OWN OWN OWN OWN OWN	CALWORKS O YES NO Tresponsible person)  HEALTHY FAMIL YES NO TREASON FOR NO ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL	IES SHARE D YE REFERRING I D ME YE VECYID# INSUR BENEI VECYID# INSUR BENEI MARIT M S STATE	COF COST S NO MEDI-CAL/SS DI-GAP S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FITS SIGNA	SOC AMT \$ GIELIGIBLE TO BE TRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN	CHAMPVA YES NO NEFITS ASSESSMENT  CHAMPVA YES NO  A ASSIGNMENT OF NED YES NO  A ASSIGNMENT OF NED YES NO	
ROVIDER OF FINANCIAL INFORMA  IRD PARTY INFORMA  MEDI-CAL	TION  AN NAME MED  AN NAME MED  CATION DATE RE  NUMBER (MBI) LIFE Y  ADVANTAGE NAM SINO HEALTH CLAIMS  ADVANTAGE NAM SINO HEALTH CLAIMS  LIENT OR FINAN  ALARY SELF EMP her Public Assistance	FERRED FC YES NO TIME EXTE ES NO E OF CARRI	OR BENEFITS AD DATE REFEI  ENDED SIGNA' DATE SIGN IER  RESPONSI RELATION T  CITY  UNEMPLOY	CODE/ CIN #  ASSESSMEN RRED  TURE AUTHONED  IBLE PER: O CLIENT  MENT INSUIONN  OWN  OWN  OWN  OWN  OWN  OWN  OWN	HEALTHY FAMIL  YES NO T REASON FOR NO ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL	P YE  REFERRING I  ME  O YE  CY ID #  INSUR  BENEI  INSUR  BENEI  MARIT  M S  STATE	S NO MEDI-CAL/SS  DI-GAP S NO SUBSCRIBER  ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER  ANCE AUT FITS SIGNA  FAL STATUS	TRICARE YES NO R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  PAYER CDL	CHAMPVA YES NO NEFITS ASSESSMENT  CHAMPVA YES NO  A ASSIGNMENT OF NED YES NO  A ASSIGNMENT OF NED YES NO	
IRD PARTY INFORMA  MEDI-CAL  YES	TION  AN NAME MED  CATION DATE RE  NUMBER (MBI) LIFE Y  ADVANTAGE NAM S NO HEALTH CLAIMS  ALARY SELF EMP her Public Assistance	FERRED FC YES NO TIME EXTE ES NO E OF CARRI E OF CARRI	OR BENEFITS AD DATE REFEI ENDED SIGNA' DATE SIGN IER  RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	ASSESSMEN RRED TURE AUTHONED  IBLE PER O CLIENT  MENT INSU	HEALTHY FAMIL  YES NO T REASON FOR NO ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  RANCE DISABIL	P YE  REFERRING I  ME  O YE  CY ID #  INSUR  BENEI  INSUR  BENEI  MARIT  M S  STATE	S NO MEDI-CAL/SS  DI-GAP S NO SUBSCRIBER  ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER  ANCE AUT FITS SIGNA  FAL STATUS	TRICARE YES NO R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  PAYER CDL	CHAMPVA PYES NO  ASSIGNMENT OF  A ASSIGNMENT OF  A ASSIGNMENT OF  A ASSIGNMENT OF  A D  A SSIGNMENT OF  A D  A SSIGNMENT OF  A D  A SSIGNMENT OF	
MEDI-CAL  YES NO  SSI PENDING SSI PENDING YES NO  MEDICARE YES NO  HMO/PPO MEDICARE YES NO  HMO/PPO MEDICARE YES NO  HMO/PPO MEDICARE YES NO  YES NO  MEDICARE YES NO  YES ARRIER ADDRESS FOR MENTAL  DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO  YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER  AYER'S ADDRESS  OURCE OF INCOME:  SSI GR VA OT  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	AN NAME MED  CATION DATE REI  NUMBER (MBI) LIFE DY  ADVANTAGE NAM  E ADVAN	FERRED FO YES NO TIME EXTE ES NO E OF CARRI	OR BENEFITS A D DATE REFEI ENDED SIGNA' DATE SIGN IER  RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	ASSESSMEN RRED  TURE AUTHONED  IBLE PER O CLIENT  MENT INSU	ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL	P YE  REFERRING I  ME  O YE  CY ID #  INSUR  BENEI  INSUR  BENEI  MARIT  M S  STATE	S NO MEDI-CAL/SS  DI-GAP S NO SUBSCRIBER  ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER  ANCE AUT FITS SIGNA  FAL STATUS	TRICARE YES NO R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  PAYER CDL	CHAMPVA CHAMPVA YES NO  ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF	
SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI APPLIC YES NO MEDICARE YES NO MEDICARE YES NO MEDICARE YES NO YEARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YER PEFERENCES (CL AME OF PAYER  AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: SSI GR VA OT MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	CATION DATE  CATION DATE  REI  NUMBER (MBI)  LIFE  Y  ADVANTAGE  NAM  S	FERRED FO YES NO TIME EXTE ES NO E OF CARRI	OR BENEFITS A D DATE REFEI ENDED SIGNA' DATE SIGN IER  RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	ASSESSMEN RRED  TURE AUTHONED  IBLE PER O CLIENT  MENT INSU	ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL	P YE  REFERRING I  ME  O YE  CY ID #  INSUR  BENEI  INSUR  BENEI  MARIT  M S  STATE	S NO MEDI-CAL/SS  DI-GAP S NO SUBSCRIBER  ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER  ANCE AUT FITS SIGNA  FAL STATUS	TRICARE YES NO R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  PAYER CDL	CHAMPVA CHAMPV	
MEDICARE  YES NO  MEDICARE  YES NO  HMO/PPO MEDICARE  YES NO  ARRIER ADDRESS FOR MENTAL  DD'L HMO/PPO MEDICARE  YES NO  YES NO  YES NO  YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER  AYER'S ADDRESS  OURCE OF INCOME: S.  SSI GR VA OT  MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP	TIME EXTE ES NO E OF CARRI  E OF CARRI  CLALLY	D DATE REFEI ENDED SIGNA DATE SIGN IER  RESPONS RELATION T CITY UNEMPLOY	IBLE PER: O CLIENT  MENT INSU OWN O	SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  SON)  DOB	INSUR BENEF	DI-GAP S	TRICARE YES NO R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	CHAMPVA P YES NO  A ASSIGNMENT OF JED YES NO  A ASSIGNMENT OF JED YES NO	
MEDICARE  YES	ALARY SELF EMP	TIME EXTE ES NO E OF CARRI	ENDED SIGNA DATE SIGN IER  RESPONS RELATION T CITY UNEMPLOY	IBLE PER	SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  SON)  DOB	INSUR BENEI  CY ID #  INSUR BENEI  MARIT  M S  STATE	S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FITS SIGNA  FAL STATUS	HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN TURES OBTAIN PAYER CDL	ASSIGNMENT OF LED YES NO	
HMO/PPO MEDICARE YES NO YES NO YES NO YES NO YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL  YER REFERENCES (CLI IAME OF PAYER  AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S SI GR VA OT MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP	E OF CARRI	DATE SIGN  IER  IER  RESPONSI  RELATION T  CITY  UNEMPLOY	IBLE PER: O CLIENT  MENT INSUIONN ONN	SUBSCRIBER POL  SUBSCRIBER POL  SON)  DOB	INSUR BENEI  CY ID #  INSUR BENEI  MARIT  M S  STATE	S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FITS SIGNA  FAL STATUS	HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME  HORIZATION 8 TURES OBTAIN TURES OBTAIN PAYER CDL	ASSIGNMENT OF LED YES NO	
YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL  YER REFERENCES (CL LIAME OF PAYER  AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA OT MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP	CIALLY	RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	SUBSCRIBER POL  SON)  DOB  RANCE □ DISABIL	INSUR BENEI CY ID # INSUR BENEI  MARIT  M S STATE	ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FAL STATUS	HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	ASSIGNMENT OF JED YES NO	
ARRIER ADDRESS FOR MENTAL  DD'L HMO/PPO MEDICARE  YES NO YES  CARRIER ADDRESS FOR MENTAL  YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER  AYER'S ADDRESS  OURCE OF INCOME: SISSI GR VA OT  MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	E ADVANTAGE NAM S NO HEALTH CLAIMS  IENT OR FINAN  ALARY SELF EMP her Public Assistance	CIALLY	RESPONS RELATION T CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	SON)  DOB  RANCE DISABIL	BENEI CY ID #  INSUR BENEI  MARI'  MARI'  MASTATE	SUBSCRIBER  ANCE AUT  FITS SIGNA  FAL STATUS	TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	ASSIGNMENT OF JED YES NO	
YES NO YE CARRIER ADDRESS FOR MENTAL  YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER  AYER'S ADDRESS  OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA OT  MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	LIENT OR FINAN  ALARY SELF EMP  her Public Assistance	CIALLY	RESPONS RELATION T CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	SON)  DOB  RANCE DISABIL	CY ID #  INSUR BENEI  MARI  MARI  M DS  STATE	SUBSCRIBER  ANCE AUT  FITS SIGNA  FAL STATUS	HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	& ASSIGNMENT OF IED YES NO	
YES NO YE CARRIER ADDRESS FOR MENTAL  YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER  AYER'S ADDRESS  OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA OT  MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	S NO HEALTH CLAIMS  IENT OR FINAN  ALARY SELF EMP her Public Assistance	PLOYED [	CITY  UNEMPLOY	MENT INSUI	DOB  RANCE DISABIL	MARIT STATE	FITS SIGNA	PAYER CDL	IED YES NO	
YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER  AYER'S ADDRESS  OURCE OF INCOME: S.  SSI GR VA Ot  MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP	PLOYED [	CITY  UNEMPLOY	MENT INSUI	DOB  RANCE DISABIL	MARIT STATE	FITS SIGNA	PAYER CDL	IED YES NO	
AYER'S ADDRESS  OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA Ot MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP ner Public Assistance	PLOYED [	CITY  UNEMPLOY	MENT INSUI	DOB  RANCE DISABIL	MARIT	TAL STATUS	PAYER CDL		
AYER'S ADDRESS  OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA Ot MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ner Public Assistance		CITY  UNEMPLOY	MENT INSUI	RANCE 🗖 DISABIL	☐M ☐S STATE	DD W	]SP	/CAL ID/OTHER ID	
OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA OT MPLOYER  MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ner Public Assistance		☐ UNEMPLOY	OWN 🗆 O		STATE				
SSI GR VA OT MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ner Public Assistance			OWN 🗆 O		ITI/ IN IC: 12 :		1		
SSI GR VA OT MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ner Public Assistance			OWN 🗆 O		.i i y insura	NCE	PAYER SS #		
MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ty, State & Zip Code)			. 03/11010	□ SSI □ GR □ VA □ Other Public Assistance □ IN-KIND □ UNKNOWN □ OTHER:					
POUSE	ty, state a zip code,						WORKED TEL#		YED, DATE LAST	
			1000000 // L	1 0: 0:	0.7: 0.1.)					
POUSE'S EMPLOYER								SPOUSE'S SS #		
	SPOUSE'S EMPLOYER POSITION							IF NOT EMPLO WORKED	YED, DATE LAST	
SPOUSE'S EMPLOYER'S ADDRESS (Include City, State & Zip Code)								TEL#		
IEAREST RELATIVE/RELATIONSHI		ADDRESS (Inclu	ıde City, State	& Zip Code)			TEL#			
IDAP LIABILITY DETE	RMINATION							<u> </u>		
1 LIQUID ASSETS			22 ALLOWABLE EXPENSES			23 ADJUSTED MONTHLY INCOME				
	•		rt ordered obli		_	GROSS MONTHLY INCOME				
avings	\$	I '	paid monthly \$_		\$	Self/Payer \$		\$		
Checking Accounts	\$	payn	Monthly childcare payments (necessary for \$_		\$	Spous	е		\$	
RA, CD, Market value of	\$		employment)  Monthly dependent ¢		Φ.	Other			\$	
tocks, bonds and mutual unds		supp	support payments		<b>D</b>		HOUSEHO	OLD	\$	
TOTAL LIQUID ASSETS \$			Monthly medical expense payments \$		\$	INCOM		V 21 -	<b>.</b>	
Less Asset Allowance \$		Mont	Monthly mandated			TOTAL FROM BOX 21 + \$  SUBTOTAL + \$		\$		
			uctions from gr me for retireme		\$			+ :	<b>\$</b>	
Net Asset Valuation \$			plans. (Do not include Social Security)			LESS TOTAL FROM BOX 22 - \$			\$	
Monthly Asset Valuation (Divide Net Asset by 12) \$			Total Allowable Expenses \$			Adjusted Monthly Income \$				
ERIFICATION OBTAINED	YES NO		IFICATION C		☐ YES ☐ NO				☐ YES ☐ NO	
lumber Dependent on Adjuste Ionthly Income (Client included		BILITY	Al	NNUAL CH	IARGE PERIOD	F	Payment P	lan \$	per mont	
			FROM		_то	f	or <u> </u>	2 🗆 3 🗆 4 🗆 5	<u>5 □6</u> month	
THER  PRIOR MENTAL HEALTH TREATMENT DURING CURRENT ANNUAL CHARGE PERI  ☐ YES ☐ NO WHERE:					FROM	TO CURRENT ANNUAL LIABILITY BALA		JAL LIABILITY BALANCE		
NNUAL LIABILITY ADJUSTED BY					DATE		REASON ADJUSTED ☐ TFA (enter date client signed below)			
NNUAL LIABILITY ADJUSTMENT	APPROVED BY				DATE	□ Other	Other (describe below)			
An explanation of the UMDAP liability was provided. SIGNATURE OF INTERVIEWER						PROVIDER NAME AND NUMBER				
	ζ							d on line 24		

## شهرستان لسانجلس اداره سلامت روان (DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH)

، قانون رفاه و نهادها، بخش 5328	نگاه کنید ب	داختكننده	اطلاعات مالی پر		طلاعات مراجع		
شماره ثبت خانواده	شماره شناسه مراجع DMH		شماره SS		نام مراجع		
نام همسر /پارتنز /شخص مهم دیگر		وضعيت تأهل	تاريخ تولد	نام خانوادگی پیش از از دواج			
	سایر جمعیتهای خاص:	دا ببوه ط مح مت CALWORKS	غرامت کارگری بیخانمان	ربانیان جرم و جنایت نظامی سابق	سرپرستی موقت ق		
		خير 🗆 بله 🗆 خير	□ بله     □ خير     □ بله	□ بله     □ خير       □ الله     □ خير	☐ بله ☐ خير		
			<b>یر از</b> مراجع یا شخص مسئول باشد)	عات مالی (تنها در صورتی تکمیل شود که شخصی غ			
مبلغ سهم هزینه MEDI-CAL در تعلیق	سهم هزینه	خانو ادههای سالم	ن MEDI-CAL/شماره CIN	نام طرح ECM کد شهر ستار	طلاعات شخص ثالث MEDI-CAL		
		□ بلّه □ خير ٰ			🗆 بله 🗖 خير		
ای ارزیابی مزایا	اجد شرایط MEDI-CAL/SSI بر	دلیل عدم ارجاع فرد و	، مزایا ارجاع شده است خیر تاریخ ارجاع	تاریخ تقاضای SSI برای ارزیابی □ بله □ ،	SSI در تعلیق □ بله □ خیر		
CHAMPVA TRICARE	MEDI-GAP		ای تمدیدشده مادام العمر امضا شده است	شماره MEDICARE (MBI) مجوز امض	MEDICARE		
□ بله □ خير □ بله □ خير	ا بله □ خیر □ مشتر ک □ نام مشتر ک	شماره شناسه بیمهنامه	خير تاريخ امضا	ا بله 🗖 MEDICARE ADVANTAGE	ا بله ا خیر HMO/PPO		
				🗖 بله 🔲 خير	🗖 بله 🗖 خير		
لذارى مزايا اخذ شده است 🗌 بله 🔲 خير	'				نشانی بیمهگر برای مطالبات		
	، مشترک نام مشترک	شماره شناسه بیمهنامه		MEDICARE ADVANTAGE نام بیمهگر □ دیر □ بله □ خیر	HMO/PPO دیگر □ بله □ خیر		
نذارى مزايا اخذ شده است 🗌 بله 🔲 خير	امضاهای انتقال بیمه و وا				نشانی بیمهگر برای مطالبات		
			بالي)		۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔۔		
شناسه CDL/CAL پرداختکننده/شناسه	وضعيت تأهل	تاريخ تولد	نسبت با مراجع	<u> </u>	نام پرداختکننده		
] دیگر شماره تلفن	جدا بيوه □ ط مج □ مت □ ايالت كد يستى		شهر		نشانی پرداختکننده		
شماره SS پرداختکننده			•	☐ خویشفرما ☐ بیمه بیکاری ☐ بیمه معلو SS ☐ سایر کمکهای دولتی ☐ غیرنقدی			
در صورت عدم اشتغال، آخرين تاريخ اشتغال			سمت السير مورد.	<u></u>	کارفرما		
شمار ه تلفن				ارالت ، کریست )	نشانی کار فر ما (شامل شهر،		
				ایت و دد پسی)	تسانی خار قرما رسامان سهر،		
شماره SS همسر		ستى)	نشانی (شامل شهر، ایالت و کد پ		همسر		
در صورت عدم اشتغال، آخرين تاريخ اشتغال			سمت		کار فر ما <i>ی</i> همسر		
شمار ه تلفن	<del> </del>			مل شهر، ایالت و کد پستی)	نثاث کارفرمای ممسر (ثبار		
شماره تلفن		ستی)	نشانی (شامل شهر، ایالت و کد پ	c	نزدیکترین خویشاوند/نسبن		
				UM	عيين مسئوليت DAP		
درآمد تعدیلشده ماهانه	23	های مجاز	22 هزينه	J			
	در آمد ناخالص ماهانه	دلار	پرداخت ماهانه تعهدات دار ای حکم دادگاه	دلار	پسانداز		
دلار	خود شخص/پرداختكننده		دانت. پرداخت ماهانه هزینههای نگهداری		پس ندار		
בער	همسر	גער	پُرُو کودک (لازم برای اشتغال)	دلار	حسابهای جاری		
נער	ساير موارد	دلار	ير داخت نفقه ماهانه افر اد تحت تكفل				
	j de . î . te				CD ،IRA ، ارزش بازاری		
دلار	کل در آمد خانو ار	دلار	پرداخت ماهانه هزینههای پزشکی	J	اوراق قرضه و صندوقهای سرمایهگذاری مشترک		
+دلار	مبلغ کل کادر 21		كسورات قانوني ماهانه درآمد ناخالص				
т	مبع عن عادر ۲۱		طرحهای باز نشستگی (تأمین اجتماعی	בעו	کل دار ایسهای نقدشه نده		
		גער	طرحهای بازنشستگی. (تأمین اجتماعی لحاظ نشود)	دلاردلار	کل داراییهای نقدشونده		
+دلار	جمع جزء	دلار دلار	لحاظ نشود)	دلار دلار	منهای دار اییهای مجاز		
+ גער גער	جمع جزء		لحاظ نشود)	دلار ــــــــــدلار	منهای دار اییهای مجاز ارزش خالص دار اییها ارزش ماهانه داراییها		
+ נעر נעر בעر	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22	נעֹל	لحاظ نشود) کل هزینههای مجاز	دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار	منهای دار اییهای مجاز ار زش خالص دار اییها		
+ دلار دلار دلار <u></u> دلار دلار در ماه	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22 درآمد تعدیلشده ماهانه راستی آز مایی اخذ شده ام	נעֹל	لحاظ نشود) کل هزینه های مجاز راستی آزمایی اخذ شده است ب	د دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلا	منهای دار ایی های مجاز ارزش خالص دار ایی ها ارزش ماهانه دار ایی ها (دار ایی های خالص تقسیم بر راستی آز مایی اخذ شده ا تعداد افر اد و ابسته به در		
+دلار دلار دلار <u></u> دلار	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22 درآمد تعدیلشده ماهانه راستی آز مایی اخذ شده ام	دلار دلار له [خير	لحاظ نشود) کل هزینه های مجاز راستی آزمایی اخذ شده است ب	دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار	منهای دار ایی های مجاز ارزش خالص دار ایی ها ارزش ماهانه دار ایی ها (دار ایی های خالص تقسیم بر راستی آزمایی اخذ شده ا تعداد افراد و ایسته به در ماهانه (شامل مراجع)		
+ دلار دلار  دلار  بله   خیر - لار در ماه -   حال در ماه   حال   حال	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22 درآمد تعدیلشده ماهانه راستی آزمایی اخذ شده اه پرداخت اقساطی تا ۱۲ ۱۲	دلار له اخیر داخت هزینه سالانه انا	لحاظ نشود) <b>کل هزینههای مجاز</b> راستی آز مایی اخذ شده است ب	دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار	منهای دار اییهای مجاز ارزش خالص دار اییها ارزش ماهانه دار اییها (دار اییهای خالص تقسیم به راستی آزمایی اخذ شده اه تعداد افراد و ابسته به در ماهانه (شامل مراجع)		
+ دلار دلار دلار <u></u> دلار دلار در ماه	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22 درآمد تعبیلشده ماهاته راستی آزمایی اخذ شده اله پرداخت اقساطی تا ۱۱ ۱۲ ۱۲	دلار له اخير داخت هزينه سالانه	لحاظ نشود) <b>کل هزینههای مجاز</b> راستی آز مایی اخذ شده است ب	دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار	منهای دار اییهای مجاز ارزش خالص دار اییها ارزش ماهانه دار اییها (دار اییهای خالص تقسیم به راستی آزمایی اخذ شده اه تعداد افراد و ابسته به در ماهانه (شامل مراجع)		
+ دلار دلار  دلار  بله   خیر - لار در ماه -   حال در ماه   حال   حال	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22 درآمد تعدیلشده ماهانه راستی آز مایی اخذ شده اه پرداخت اقساطی تا <u>ا</u> <u>ا</u> <u>ا</u>	دلار له اخیر داخت هزینه سالانه انا	لحاظ نشود) <b>کل هزینههای مجاز</b> راستی آز مایی اخذ شده است ب	دلار (12 ) دلار دره فعلى پرداخت هزینه سالانه	منهای دار ایی های مجاز ارزش خالص دار ایی ها ارزش ماهانه دار ایی ها (دار ایی های خالص تقسیم بر راستی آزمایی اخذ شده ام تعداد افراد و ابسته به در ماهانه (شامل مراجع) مایر موارد درمان قبلی سلامت روان در		
+ دلار دلار  دلار  دلار دلار در ماه دلار در ماه الله خير ماه المدنان مسئوليت سالانه	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22 درآمد تعدیلشده ماهانه راستی آز مایی اخذ شده اه پرداخت اقساطی تا <u>ا</u> <u>ا</u> <u>ا</u>	دلار دلار دلار دلار دلار دلار داخت هزینه سالانه تا از از تاریخ	لحاظ نشود) <b>کل هزینههای مجاز</b> راستی آز مایی اخذ شده است ب	ر 12) دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار	منهای دار ایی های مجاز ارزش خالص دار ایی ها ارزش ماهانه دار ایی ها (دار ایی های خالص تقسیم بر راستی آز مایی اخذ شده اه تعداد افراد و ایسته به در ماهانه (شامل مراجع) مایر موارد درمان قبلی سلامت روان در ابله اخیر کجا: ام تعدیلکننده مسئولیت سالا		
+ دلار دلار  دلار  دلار دلار در ماه دلار در ماه الله خير ماه المدنان مسئوليت سالانه	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22 درآمد تعدیلشده ماهانه راستی آزمایی اخذ شده اه پرداخت اقساطی تا الے الے الے الے تا سایر موارد (در ذیل تشریہ	دلار دلار دلار دلار دلار دلار داخت هزینه سالانه تا تا از	لحاظ نشود) <b>کل هزینههای مجاز</b> راستی آز مایی اخذ شده است ب	ر 12) دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار دلار	منهای دار ایی های مجاز ارزش خالص دار ایی ها ارزش ماهانه دار ایی ها (دار ایی های خالص تقسیم به راستی از مایی اخذ شده اه تعداد افراد وابسته به در ماهانه (شامل مراجع) مایر موارد درمان قبلی سلامت روان در درمان قبلی سلامت روان در الماهای الله المراحد		
+ دلار دلار  دلار  بله	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22 درآمد تعدیلشده ماهانه راستیآز مایی اخذ شده اه پرداخت اقساطی تا ۱ ۱ ۱ ۱ ۱ ۱	دلار دلار دلار دلار دلار دلار داخت هزینه سالانه تا از از تاریخ	لحاظ نشود) <b>کل هزینههای مجاز</b> راستی آز مایی اخذ شده است ب	ر 12) دلار  ر 12) دلار  ر 12) دلار  ر 12 اجنو اجنو اجنو المحتول المحتولات ا	منهای دار ایی های مجاز ارزش خالص دار ایی ها ارزش ماهانه دار ایی ها (دار ایی های خالص تقسیم بر راستی از مایی اخذ شده اه ماهانه (شامل مراجع) ماهانه (شامل مراجع) در مان قبلی سلامت روان در نام تعدیل کننده مسئولیت سالا در مورد مسئولیت سالا		
+ دلار دلار  دلار  بله	جمع جزء منهای مبلغ کل کادر 22 درآمد تعدیلشده ماهانه راستی آزمایی اخذ شده اه پرداخت اقساطی تا الے 2 [	دلار دلار دلار دلار دلار دلار داخت هزینه سالانه تا از از تاریخ تاریخ تاریخ تاریخ تاریخ	لحاظ نشود) کل هزینههای مجاز راستیآزمایی اخذ شده است □ ب ازدوره پر	ر 12) دلار  ر 12) دلار  ر 12) دلار  ر 12 اجنو اجنو اجنو المحتول المحتولات ا	منهای داراییهای مجاز ارزش خالص داراییها ارزش ماهته داراییها ارزش ماهته داراییها راستی آزمایی اخذ شده اه ماهانه (شامل مراجع) مایر موارد درمان قبلی سلامت روان در ابله اخیر کجا: نام تعدیل کننده معدنولیت سالا نام تأییدکننده تعدیل مسئولیت در مورد مسئولیت MDAP		