

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
4	HOMELESS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CALWORKS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	OTHER SPECIAL POPULATION:	
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	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)	
26	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

1	نام مراجع	شماره SS	شماره شناسه مراجع DMH	شماره ثبت خانواده
2	نام خانوادگی پیش از ازدواج	تاریخ تولد	وضعیت تأهل	نام همسر/پارتنر/شخص مهم دیگر
3	سرپرستی موقت بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	قریبان جرم و جنایت بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نظامی سابق بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	غرامت کارگری بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
4	نام و نشانی ارائه دهنده اطلاعات مالی (تنها در صورتی تکمیل شود که شخصی غیر از مراجع یا شخص مسئول باشد)	بی خانمان بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	CALWORKS بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سایر جمعیت های خاص:

اطلاعات شخص ثالث

5	MEDI-CAL بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام طرح ECM	کد شهرستان MEDI-CAL/کد کمک/شماره CIN	خانواده های سالم بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سهم هزینه بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مبلغ سهم هزینه دلار	MEDI-CAL در تعلق بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
6	SSi در تعلق بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تاریخ تقاضای SSI	برای ارزیابی مزایا ارجاع شده است بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دلیل عدم ارجاع فرد واجد شرایط MEDI-CAL/SSI برای ارزیابی مزایا				
7	MEDICARE بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	شماره (MBI) MEDICARE	مجوز امضای تمدید شده مادام العمر امضا شده است بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	MEDI-GAP بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	TRICARE بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	CHAMPVA بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
8	HMO/PPO بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	MEDICARE ADVANTAGE بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام بیمه گر	شماره شناسه بیمه نامه مشترک	نام مشترک			
9	نشانی بیمه گر برای مطابقت سلامت روان							
10	HMO/PPO دیگر بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	MEDICARE ADVANTAGE بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام بیمه گر	شماره شناسه بیمه نامه مشترک	نام مشترک			
11	نشانی بیمه گر برای مطابقت سلامت روان							

اطلاعات پرداخت کننده (مراجع یا شخص دارای مسئولیت مالی)

12	نام پرداخت کننده	نسبت با مراجع	تاریخ تولد	وضعیت تأهل	شناسه CDL/CAL پرداخت کننده/شناسه دیگر
13	نشانی پرداخت کننده	شهر	ایالت	کد پستی	شماره تلفن
14	منبع درآمد: <input type="checkbox"/> حقوق <input type="checkbox"/> خویش فرما <input type="checkbox"/> بیمه بیکاری <input type="checkbox"/> بیمه معلولیت <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> سایر کمک های دولتی <input type="checkbox"/> غیر نقدی <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> سایر موارد: _____				
15	کارفرما	سمت	در صورت عدم اشتغال، آخرین تاریخ اشتغال		
16	نشانی کارفرما (شامل شهر، ایالت و کد پستی)				
17	همسر	نشانی (شامل شهر، ایالت و کد پستی)			شماره SS همسر
18	کارفرمای همسر	سمت	در صورت عدم اشتغال، آخرین تاریخ اشتغال		
19	نشانی کارفرمای همسر (شامل شهر، ایالت و کد پستی)				
20	نزدیکترین خویشاوند/نسبت				

تعیین مسئولیت UMDAP

21	دارایی های نقدشونده	22	هزینه های مجاز	23	درآمد تعدیل شده ماهانه
پس انداز	پس انداز	پرداخت ماهانه تعهدات دارای حکم دادگاه	پرداخت ماهانه تعهدات دارای حکم دادگاه	درآمد ناخالص ماهانه	درآمد ناخالص ماهانه
حساب های جاری	حساب های جاری	پرداخت ماهانه هزینه های نگهداری کودک (لازم برای اشتغال)	پرداخت ماهانه هزینه های نگهداری کودک (لازم برای اشتغال)	خود شخص/پرداخت کننده	خود شخص/پرداخت کننده
IRA، CD، ارزش بازاری سهام، اوراق قرضه و صندوق های سرمایه گذاری مشترک	IRA، CD، ارزش بازاری سهام، اوراق قرضه و صندوق های سرمایه گذاری مشترک	پرداخت نفقه ماهانه افراد تحت تکفل	پرداخت نفقه ماهانه افراد تحت تکفل	سایر موارد	سایر موارد
کل دارایی های نقدشونده	کل دارایی های نقدشونده	پرداخت ماهانه هزینه های پزشکی کسورات قانونی ماهانه درآمد ناخالص طرح های بازنشستگی، (تأمین اجتماعی لحاظ نشود)	پرداخت ماهانه هزینه های پزشکی کسورات قانونی ماهانه درآمد ناخالص طرح های بازنشستگی، (تأمین اجتماعی لحاظ نشود)	کل درآمد خانوار	کل درآمد خانوار
منهای دارایی های مجاز	منهای دارایی های مجاز	کل هزینه های مجاز	کل هزینه های مجاز	مبلغ کل کادر 21 +	مبلغ کل کادر 21 +
ارزش خالص دارایی ها	ارزش خالص دارایی ها			جمع جزء +	جمع جزء +
ارزش ماهانه دارایی ها (دارایی های خالص تقسیم بر 12)	ارزش ماهانه دارایی ها			منهای مبلغ کل کادر 22 -	منهای مبلغ کل کادر 22 -
راستی آزمایی اخذ شده است <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	راستی آزمایی اخذ شده است <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	راستی آزمایی اخذ شده است <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	راستی آزمایی اخذ شده است <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	درآمد تعدیل شده ماهانه	درآمد تعدیل شده ماهانه
تعداد افراد وابسته به درآمد تعدیل شده ماهانه (شامل مراجع)	تعداد افراد وابسته به درآمد تعدیل شده ماهانه (شامل مراجع)	مسئولیت سالانه	دوره پرداخت هزینه سالانه	از	تا

سایر موارد

25	درمان قبلی سلامت روان در دوره فعلی پرداخت هزینه سالانه بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کجا:	از	تا	مانده فعلی مسئولیت سالانه
26	نام تعدیل کننده مسئولیت سالانه	تاریخ	دلیل تعدیل <input type="checkbox"/> TFA (تاریخ امضای مراجع در ذیل قید شود) <input type="checkbox"/> سایر موارد (در ذیل تشریح شود)	
27	نام تأیید کننده تعدیل مسئولیت سالانه	تاریخ		
28	در مورد مسئولیت UMDAP توضیح داده شد. امضای صاحب کفایت کننده	نام و شماره ارائه دهنده		
	این جانب در حیطه معلومات خود راستی و درستی اظهارات قید شده در این سند را تصدیق می کنم و طرح پرداخت اقساطی مذکور در سطر 24 را قبول دارم			
	امضای مراجع یا شخص دارای مسئولیت مالی	تاریخ		