

**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 <b>other</b> 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 \$ _____
<b>TOTAL LIQUID ASSETS</b> \$ _____	Monthly medical expense payments \$ _____	<b>TOTAL HOUSEHOLD INCOME</b> \$ _____
Less Asset Allowance \$ _____	Monthly mandated deductions from gross income for retirement plans. (Do not include Social Security) \$ _____	TOTAL FROM BOX 21 + \$ _____
Net Asset Valuation \$ _____	<b>Total Allowable Expenses</b> \$ _____	SUBTOTAL + \$ _____
<b>Monthly Asset Valuation (Divide Net Asset by 12)</b> \$ _____		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	<b>Adjusted Monthly Income</b> \$ _____
24 Number Dependent on Adjusted Monthly Income (Client included)	<b>ANNUAL LIABILITY</b>	VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	<b>ANNUAL CHARGE PERIOD</b> 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			

**IMPORMASYON NG KLIYENTE**

LOS ANGELES COUNTY  
DEPARTAMENTO NG KALUSUGAN NG PAG-IISIP  
**PINANSIYAL NA IMPORMASYON NG NAGBABAYAD**

KUMPIDENSIAL NA IMPORMASYON NG KLIYENTE  
Tingnan ang W & I Code, Seksyon 5328

1	PANGALAN NG KLIYENTE		SS #		DMH CLIENT ID #	REHISTRASYON NG PAMILYA #
2	PANGALAN SA PAGKADALAGA		PETSA NG KAPANGANAKAN	KATAYUAN SA PAG-AASAWA <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP		PANGALAN NG ASAWA/KAPAREHA/IBA PANG KARELASYON
3	BAHAY AMPUNAN <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	BIKTIMA NG KRIMEN <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	BETERANO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	KOMPENSASYON NG MANGGAGAWA <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	WALANG TIRAHAN <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	CALWORKS <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI
4	NAGBIBIGAY NG PINANSIYAL NA IMPORMASYON Pangalan at Address (Kumpletuhin lang kung <b>iba pa</b> kaysa sa kliyente o taong may pananagutan)					

**IMPORMASYON NG THIRD PARTY**

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	PANGALAN NG ECM PLAN	MEDI-CAL COUNTY CODE /AID CODE/ CIN #	MALULUSOG NA PAMILYA <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	BAHAGI SA GASTOS <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	HALAGA NG SOC \$	PENDING ANG MEDI-CAL <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	
6	PENDING ANG SSI <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	PETSA NG APLIKASYON NG SSI	NA-REFER PARA SA PAGTATAYA NG MGA BENEPIYSO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI		DAHILAN NG HINDI PAG-REFER SA KUWALIPIKADO SA MEDI-CAL/SSI SA PAGTATASA NG MGA BENEPIYSO			
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	NUMERO NG MEDICARE (MBI)	NALAGDAAN ANG AWTORISASYON SA HABAMBUHAY NA PINALAWIG NA LAGDA <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI		PETSA NG PAGLAGDA	MEDI-GAP <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	TRICARE <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	CHAMPVA <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	PANGALAN NG KOMPANYA NG INSURANCE	POLICY ID # NG SUBSCRIBER	PANGALAN NG SUBSCRIBER			
9	ADDRESS NG KOMPANYA NG INSURANCE PARA SA MENTAL HEALTH CLAIM				NAKUHA ANG MGA LAGDA SA AWTORISASYON SA INSURANCE AT PAGTATALAGA NG MGA BENEPIYSO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI			
10	HMO/PPO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	PANGALAN NG KOMPANYA NG INSURANCE	POLICY ID # NG SUBSCRIBER	PANGALAN NG SUBSCRIBER			
11	ADDRESS NG KOMPANYA NG INSURANCE PARA SA MENTAL HEALTH CLAIM				NAKUHA ANG MGA LAGDA SA AWTORISASYON SA INSURANCE AT PAGTATALAGA NG MGA BENEPIYSO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI			

**MGA SANGGUNIAN NG NAGBABAYAD (KLIYENTE O TAONG MAY PINANSIYAL NA PANANAGUTAN)**

12	PANGALAN NG NAGBABAYAD	KAUGNAYAN SA KLIYENTE	PETSA NG KAPANGANAKAN	KATAYUAN SA PAG-AASAWA <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP	CDL/CAL ID/IBA PANG ID NG NAGBABAYAD	
13	ADDRESS NG NAGBABAYAD		LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE	TEL #
14	PINAGMUMULAN NG KINIKITA: <input type="checkbox"/> SUWELDO <input type="checkbox"/> SARILING HANAPBUHAY <input type="checkbox"/> INSURANCE SA KAWALAN NG TRABAHO <input type="checkbox"/> INSURANCE SA KAPANSANAN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Iba Pang Pampublikong Tulong <input type="checkbox"/> IN-KIND <input type="checkbox"/> HINDI KILALA <input type="checkbox"/> IBA PA: _____				SS # NG NAGBABAYAD	
15	EMPLOYER	POSISYON			KUNG HINDI NAGTATRAHAHO, PETSA NG HULING PAGTATRAHAHO	
16	ADDRESS NG EMPLOYER (Isama ang Lungsod, Estado at Zip Code)				TEL #	
17	ASAWA	ADDRESS (Isama ang Lungsod, Estado at Zip Code)			SS # NG ASAWA	
18	EMPLOYER NG ASAWA	POSISYON			KUNG HINDI NAGTATRAHAHO, PETSA NG HULING PAGTATRAHAHO	
19	ADDRESS NG EMPLOYER NG ASAWA (Isama ang Lungsod, Estado at Zip Code)				TEL #	
20	PINAKAMALAPIT NA KAMAG-ANAK/RELASYON	ADDRESS (Isama ang Lungsod, Estado at Zip Code)			TEL #	

**PAGPAPASAYA NG PANANAGUTAN NG UMDAP**

21	<b>MGA LIQUID NA ASSET</b> Savings \$ _____ Mga Checking Account \$ _____ IRA, CD, Market value ng mga stock, bond at mutual funds \$ _____ <b>KABUUANG LIQUID NA ASSET</b> \$ _____ Pagkatapos Alisin ang Asset Allowance \$ _____ Neto na Pagtatasa ng Asset <b>Buwanang Pagtatasa ng Asset (Hatiin ang Net Asset sa 12)</b> \$ _____	22	<b>MGA PINAPAYAGANG GASTOS</b> Mga obligasyon na iniutos ng korte na bayaran bawat buwan \$ _____ Mga buwanang bayad sa pangangalaga ng bata (kinakailangan para sa trabaho) \$ _____ Mga buwanang bayad sa suporta sa sinusistentuhan \$ _____ Mga buwanang bayad sa medikal na gastos \$ _____ Mga buwanang ipinag-uutos na pagbabawas mula sa kabuuang kinikita para sa mga plano sa pagreretiro. (Huwag isama ang Social Security) \$ _____ <b>Kabuuang Mga Pinapayagang Gastos</b> \$ _____	23	<b>NA-ADJUST NA BUWANANG KITA</b> KABUUANG BUWANANG KITA Sarili/Nagbabayad \$ _____ Asawa \$ _____ Iba pa \$ _____ KABUUANG KITA NG SAMBAHAYAN \$ _____ KABUUAN MULA SA BOX 21 + \$ _____ SUBTOTAL + \$ _____ PAGKATAPOS ALISIN ANG TOTAL MULA SA BOX 22 - \$ _____ <b>Na-adjust na Buwanang Kita</b> \$ _____
NAKUHA ANG KUMPIRMASYON <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI		NAKUHA ANG KUMPIRMASYON <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI		NAKUHA ANG KUMPIRMASYON <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	
Bilang ng Sinusistentuhan sa Na-adjust na Buwanang Kita (Kasama ang kliyente)		<b>TAUNANG PANANAGUTAN</b>		Planong Pagbabayad \$ _____ bawat buwan para sa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 na buwan	
		<b>TAUNANG PANAHON NG PAGINGIL</b>			
		<b>MULA</b>		<b>HANGGANG</b>	

**IBA PA**

25	NAUNANG PAGGAMOT sa KALUSUGAN NG PAG-IISIP SA KASALUKUYANG TAUNANG PANAHON NG PAGINGIL <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI SAAN:	MULA	HANGGANG	KASALUKUYANG BALANSE SA TAUNANG PANANAGUTAN
26	TAUNANG PANANAGUTAN NA NA-ADJUST NI	PETSA	PETSA	DAHILAN NG PAG-ADJUST <input type="checkbox"/> TFA (ilagang petsa ng paglagda ng kliyente sa ibaba) <input type="checkbox"/> Iba pa (ilarawan sa ibaba)
27	PAG-ADJUST NG TAUNANG PANANAGUTAN AY INAPRUBAHAN NI	PANGALAN AT NUMERO NG PROVIDER		
28	Nagbigay ng paliwanag sa pananagutan SA UMDAP. LAGDA NG TAGAPANAYAM			
Pinatutunayan ko na ang mga pahayag na ginawa dito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman at sumasang-ayon ako sa plano ng pagbabayad tulad ng nakasaad sa linya 24				PETSA
LAGDA NG KLIYENTE O TAONG MAY PINANSIYAL NA PANANAGUTAN				