

**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			

ข้อมูลทางการเงินของผู้ชำระเงิน

ดูประมวลกฎหมาย W & I มาตรา 5328

ข้อมูลลูกค้า

1	ชื่อลูกค้า	หมายเลข SS	ชื่อหมายเลข DMH ID ของลูกค้า	หมายเลขทะเบียนครอบครัว			
2	ชื่อสกุลก่อนแต่งงาน	วันเกิด	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> แยกทาง	ชื่อคู่สมรส/คู่ชีวิต/บุคคลอื่นที่สำคัญ			
3	ครอบครัวอุปถัมภ์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เหยื่ออาชญากรรม <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ทหารผ่านศึก <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	คำสินไหมทดแทนสำหรับลูกจ้าง <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ไม่มีที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	การดำเนินการด้านสวัสดิการของรัฐแคลิฟอร์เนีย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ประชากรกลุ่มพิเศษ:
4	ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลทางการเงิน (กรอกเฉพาะกรณี <u>อื่น</u> ที่ไม่ใช่ลูกค้าหรือผู้รับผิดชอบ)						

ข้อมูลของบุคคลที่สาม

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ชื่อแผน ECM	รหัสเคาน์ตี MEDI-CAL/รหัส AID/หมายเลข CIN	ครอบครัวสุขภาพดี <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	จำนวนส่วนแบ่งของค่าใช้จ่าย \$	MEDI-CAL อยู่ระหว่างรอดำเนินการ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6	SSI อยู่ระหว่างรอดำเนินการ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	วันที่สมัคร SSI	อ้างอิงการประเมินสิทธิประโยชน์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ วันที่อ้างอิง	เหตุผลที่ไม่อ้างอิงถึง MEDI-CAL/SSI ที่มีสิทธิรับการประเมินสิทธิประโยชน์			
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หมายเลข MEDICARE (MBI)	ลงชื่อการอนุมัติลายเซ็นแบบขยายอายุการใช้งานแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ วันที่ลงชื่อ	MEDI-GAP <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	TRICARE <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	CHAMPVA <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	สิทธิประโยชน์ของ MEDICARE <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ชื่อของผู้ให้บริการ	หมายเลข ID นโยบายสมาชิก	ชื่อสมาชิก		
9	ที่อยู่ของผู้ให้บริการสำหรับการเรียกวงเงินด้านสุขภาพจิต				ได้รับลายเซ็นสำหรับการอนุมัติการประกันภัยและการโอนผลประโยชน์แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
10	ADD'L HMO/PPO <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	สิทธิประโยชน์ของ MEDICARE <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ชื่อของผู้ให้บริการ	หมายเลข ID นโยบายสมาชิก	ชื่อสมาชิก		
11	ที่อยู่ของผู้ให้บริการสำหรับการเรียกวงเงินด้านสุขภาพจิต				ได้รับลายเซ็นสำหรับการอนุมัติการประกันภัยและการโอนผลประโยชน์แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

ข้อมูลอ้างอิงของผู้ชำระเงิน (ลูกค้าหรือผู้รับผิดชอบทางการเงิน)

12	ชื่อของผู้ชำระเงิน	ความสัมพันธ์กับลูกค้า	DOB	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> แยกทาง	CDL ของผู้ชำระเงิน/CAL ID/ID อื่นๆ
13	ที่อยู่ของผู้ชำระเงิน	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	หมายเลขโทรศัพท์
14	แหล่งที่มาของรายได้: <input type="checkbox"/> เงินเดือน <input type="checkbox"/> อาชีพอิสระ <input type="checkbox"/> ประกันการว่างงาน <input type="checkbox"/> ประกันทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> กิจการเกี่ยวกับการสงเคราะห์อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> อื่นๆ: _____				หมายเลข SS ของผู้ชำระเงิน
15	นายจ้าง	ตำแหน่ง	หากว่างงาน ให้ลงวันที่ทำงานล่าสุด		
16	ที่อยู่ของนายจ้าง (รวมถึงเมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์)				หมายเลขโทรศัพท์
17	คู่สมรส	ที่อยู่ (รวมถึงเมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์)	หมายเลข SS ของคู่สมรส		
18	นายจ้างของคู่สมรส	ตำแหน่ง	หากว่างงาน ให้ลงวันที่ทำงานล่าสุด		
19	ที่อยู่ของนายจ้างของคู่สมรส (รวมถึงเมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์)				หมายเลขโทรศัพท์
20	ญาติ/ผู้เกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดที่สุด	ที่อยู่ (รวมถึงเมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์)	หมายเลขโทรศัพท์		

การกำหนดความรับผิดชอบ UMDAP

21	สินทรัพย์สภาพคล่อง	22	ค่าใช้จ่ายที่อนุญาต	23	รายได้ต่อเดือนหลังการปรับ
เงินออม	\$ _____	ศาลสั่งให้ชำระหนี้เป็นรายเดือน	\$ _____	รายได้รวมต่อเดือน	
บัญชีกระแสรายวัน	\$ _____	ค่าดูแลเด็กรายเดือน (จำเป็นสำหรับการจ้างงาน)	\$ _____	ตนเอง/ผู้ชำระเงิน	\$ _____
IRA, CD, มูลค่าตลาดของหุ้น, ตราสารหนี้และกองทุนรวม	\$ _____	การชำระเงินสนับสนุนผูกพันรายเดือน	\$ _____	คู่สมรส	\$ _____
สินทรัพย์สภาพคล่องทั้งหมด	\$ _____	ค่ารักษาพยาบาลรายเดือน	\$ _____	อื่นๆ	\$ _____
หักค่าเผื่อสินทรัพย์	\$ _____	การหักเงินที่ได้รับคำสั่งรายเดือนจากรายได้	\$ _____	รายได้ในครัวเรือนทั้งหมด	\$ _____
การประเมินมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ	\$ _____	รวมสำหรับแผนการเกษียณอายุ (ไม่รวมประกันสังคม)	\$ _____	ทั้งหมดจากช่องที่ 21	+ \$ _____
การประเมินมูลค่าทรัพย์สินต่อเดือน (หารสินทรัพย์สุทธิด้วย 12)	\$ _____	ค่าใช้จ่ายที่อนุญาตทั้งหมด	\$ _____	ยอดรวม	+ \$ _____
				หักยอดทั้งหมดจากช่องที่ 22	- \$ _____
				รายได้ต่อเดือนหลังการปรับ	\$ _____
ได้รับการตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		ได้รับการตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		ได้รับการตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

24	จำนวนเงินอยู่ที่รายได้ต่อเดือนหลังการปรับ (รวมถึงลูกค้า)	หนี้สินรายปี	ระยะเวลาการเรียกเก็บเงินรายปี ตั้งแต่ _____ ถึง _____	แผนการชำระหนี้ \$ _____ ต่อเดือน เป็นเวลา <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 เดือน
----	--	--------------	---	---

อื่นๆ

25	การรักษาสุขภาพจิตก่อนหน้าระหว่างระยะเวลาการเรียกเก็บเงินรายปีปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่: _____	จาก	ถึง	ยอดคงเหลือของหนี้สินรายปีในปัจจุบัน
26	หนี้สินรายปีที่ปรับโดย	วันที่	เหตุผลที่ปรับ <input type="checkbox"/> TFA (กรอกวันที่ลูกค้าลงนามด้านล่าง) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (อธิบายด้านล่าง)	
27	มีการให้คำอธิบายเกี่ยวกับหนี้สินของ UMDAP ลายเซ็นของผู้สัมภาษณ์	วันที่	ชื่อและหมายเลขของผู้ให้บริการ	
28	ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลในที่นี่เป็นจริงและถูกต้องตามความรู้ของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับแผนการชำระเงินตามที่ระบุไว้ในบรรทัดที่ 24 ลายเซ็นของลูกค้า หรือผู้รับผิดชอบทางการเงิน _____ วันที่ _____			