

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 |

THÔNG TIN NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ

THÔNG TIN TÀI CHÍNH CỦA NGƯỜI THANH TOÁN

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|--|-------------------------|
| 1 | TÊN NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ | | AN SINH XÃ HỘI # | | NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ DMH ID # | | ĐĂNG KÝ GIA ĐÌNH # |
| 2 | TÊN TRƯỚC KHI LẬP GIA ĐÌNH | | NGÀY SINH | TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN <input type="checkbox"/> KẾT HÔN <input type="checkbox"/> ĐỘC THÂN <input type="checkbox"/> LY HÔN <input type="checkbox"/> Góa <input type="checkbox"/> LY THÂN | TÊN VỢ/CHỒNG/BẠN ĐỜI | | |
| 3 | CHĂM SÓC THAY THỂ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | NẠN NHÂN CỦA TỘI PHẠM <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | CỰU CHIẾN BINH <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | BỒI THƯỜNG CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | VỢ GIA CƯ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | CALWORKS <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | NHÓM DẪN ĐẶC BIỆT KHÁC: |
| 4 | NGƯỜI CUNG CẤP THÔNG TIN TÀI CHÍNH Tên và Địa chỉ (Chỉ điền nếu khác người sử dụng dịch vụ hoặc người chịu trách nhiệm) | | | | | | |

THÔNG TIN BÊN THỨ BA

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|---|---|
| 5 | MEDI-CAL <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | TÊN CHƯƠNG TRÌNH ECM | MÃ QUẢN MEDI-CAL /MÃ TRỢ GIÚP/ CİN # | HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | CHIA SẺ CHI PHÍ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | SỐ TIỀN CHIA SẺ CHI PHÍ\$ | ĐANG CHỜ MEDI-CAL <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| 6 | ĐANG CHỜ BẢO HIỂM AN SINH XÃ HỘI <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | NGÀY NỘP HỒ SƠ BẢO HIỂM AN SINH XÃ HỘI | ĐƯỢC CHUYỂN TIẾP ĐỂ ĐÁNH GIÁ TRỢ CẤP <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | NGÀY ĐƯỢC CHUYỂN TIẾP | LÝ DO KHÔNG CHUYỂN TIẾP ĐỂ ĐÁNH GIÁ ĐỦ ĐIỀU KIỆN NHẬN TRỢ CẤP MEDI-CAL/BẢO HIỂM AN SINH XÃ HỘI | | |
| 7 | MEDICARE <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | SỐ MEDICARE (MBI) | ỦY QUYỀN CHỮ KÝ MỞ RỘNG TRỌN ĐỜI ĐÃ KÝ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG NGÀY KÝ | | MEDI-GAP <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | TRICARE <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | CHAMPVA <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| 8 | HMO/PPO <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | TÊN CỦA CÔNG TY BẢO HIỂM | HỢP ĐỒNG CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ ID # | TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ | | |
| 9 | ĐỊA CHỈ CỦA CÔNG TY BẢO HIỂM ĐỂ GỬI YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE TÂM THẦN | | | | ĐÃ LẤY CHỮ KÝ ỦY QUYỀN BẢO HIỂM & CHỈ ĐỊNH QUYỀN LỢI <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | | |
| 10 | HMO/PPO BỔ SUNG <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | TÊN CỦA CÔNG TY BẢO HIỂM | HỢP ĐỒNG CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ ID # | TÊN NGƯỜI ĐĂNG KÝ | | |
| 11 | ĐỊA CHỈ CỦA CÔNG TY BẢO HIỂM ĐỂ GỬI YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE TÂM THẦN | | | | ĐÃ LẤY CHỮ KÝ ỦY QUYỀN BẢO HIỂM & CHỈ ĐỊNH QUYỀN LỢI <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | | |

THÔNG TIN THAM KHẢO CỦA NGƯỜI THANH TOÁN (NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ HOẶC NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM VỀ TÀI CHÍNH)

| | | | | | | | |
|----|--|--|-----------------------------------|-----------|--|---|--|
| 12 | TÊN NGƯỜI THANH TOÁN | | QUAN HỆ VỚI NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ | NGÀY SINH | TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN <input type="checkbox"/> KẾT HÔN <input type="checkbox"/> ĐỘC THÂN <input type="checkbox"/> LY HÔN <input type="checkbox"/> Góa <input type="checkbox"/> LY THÂN | CDL/ID CAL/ID KHÁC CỦA NGƯỜI THANH TOÁN | |
| 13 | ĐỊA CHỈ NGƯỜI THANH TOÁN | | THÀNH PHỐ | Tiểu bang | Mã Bưu Chính | Điện Thoại # | |
| 14 | NGUỒN THU NHẬP: <input type="checkbox"/> LƯƠNG <input type="checkbox"/> TỰ DOANH <input type="checkbox"/> BẢO HIỂM THẤT NGHIỆP <input type="checkbox"/> BẢO HIỂM KHUYẾT TẬT <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Hỗ trợ Cộng đồng Khác <input type="checkbox"/> BẢNG HIỆN VẬT <input type="checkbox"/> KHÔNG XÁC ĐỊNH <input type="checkbox"/> KHÁC: | | | | | AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI THANH TOÁN # | |
| 15 | CHỦ LAO ĐỘNG | | | | | CHỨC DANH | |
| 16 | ĐỊA CHỈ CỦA CHỦ LAO ĐỘNG (Bao gồm Thành phố, Tiểu bang & Mã Bưu chính) | | | | | NEU KHÔNG CO VIEC LAM, NGÀY LAM VIỆC CUỐI CÙNG | |
| 17 | VỢ/CHỒNG | | | | | ĐỊA CHỈ (Bao gồm Thành phố, Tiểu bang & Mã Bưu Chính) | |
| 18 | CHỦ LAO ĐỘNG CỦA VỢ/CHỒNG | | | | | CHỨC DANH | |
| 19 | ĐỊA CHỈ CỦA CHỦ LAO ĐỘNG CỦA VỢ/CHỒNG (Bao gồm Thành phố, Tiểu bang & Mã Bưu Chính) | | | | | NEU KHÔNG CO VIEC LAM, NGÀY LAM VIỆC CUỐI CÙNG | |
| 20 | NGƯỜI THÂN/MỐI QUAN HỆ GẦN NHẤT | | | | | ĐỊA CHỈ (Bao gồm Thành phố, Tiểu bang & Mã Bưu Chính) | |
| | | | | | | DIỆN THOẠI # | |

XÁC ĐỊNH KHOẢN PHẢI TRẢ CỦA UMDAP

| 21 | TÀI SẢN THANH KHOẢN | 22 | CHI PHÍ ĐƯỢC PHÉP | 23 | THU NHẬP HÀNG THÁNG ĐƯỢC ĐIỀU CHỈNH |
|----|---|----|---|------------------------------------|--|
| | Tiết kiệm \$ _____ | | Các nghĩa vụ phải trả hàng tháng theo lệnh của tòa án \$ _____ | | TỔNG THU NHẬP THEO THÁNG |
| | Tài khoản Vãng lai \$ _____ | | Tiền gửi trả hàng tháng (cần thiết để đi làm) \$ _____ | | Bản thân/Người thanh toán \$ _____ |
| | IRA, CD, Giá trị thị trường của cổ phiếu, trái phiếu và quỹ tương hỗ \$ _____ | | Các khoản thanh toán hàng tháng để hỗ trợ người phụ thuộc \$ _____ | | Vợ/Chồng \$ _____ |
| | TỔNG TÀI SẢN THANH KHOẢN \$ _____ | | Các khoản thanh toán chi phí y tế hàng tháng \$ _____ | | Khác \$ _____ |
| | Trừ Mức được Chấp thuận cho Tài sản \$ _____ | | Các khoản khấu trừ bắt buộc hàng tháng từ tổng thu nhập cho các chương trình hưu trí. (Không bao gồm An Sinh Xã Hội) \$ _____ | | TỔNG THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH \$ _____ |
| | Định giá Tài sản Ròng \$ _____ | | Tổng Chi phí được Cho phép \$ _____ | | TỔNG TỪ Ô 21 + \$ _____ |
| | Định giá Tài sản theo Tháng (Chia Tài sản Ròng cho 12) \$ _____ | | | | TỔNG PHỤ + \$ _____ |
| | | | | | LẤY TỔNG TRỪ ĐI Ô 22 - \$ _____ |
| | | | | | Thu nhập Hàng tháng đã Điều chỉnh \$ _____ |
| | ĐÃ XÁC MINH <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | | ĐÃ XÁC MINH <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | | ĐÃ XÁC MINH <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG |
| 24 | Số Phụ thuộc vào Thu nhập theo Tháng được Điều chỉnh (Bao gồm cả Người sử dụng dịch vụ) | | KHOẢN PHẢI TRẢ THEO NĂM | THỜI GIAN TÍNH PHÍ THEO NĂM | Kế hoạch Thanh toán \$ _____ mỗi tháng cho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 tháng |
| | | | TỪ | ĐẾN | |

KHÁC

| | | | | |
|----|--|------|---|------------------------------------|
| 25 | ĐIỀU TRỊ SỨC KHỎE TÂM THẦN TỪ TRƯỚC TRONG THỜI GIAN TÍNH PHÍ THEO NĂM HIỆN TẠI <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG TẠI: | TỪ | ĐẾN | SỐ TIỀN PHẢI TRẢ THEO NĂM HIỆN NAY |
| 26 | SỐ TIỀN PHẢI TRẢ THEO NĂM ĐƯỢC ĐIỀU CHỈNH Bởi | NGÀY | ĐIỀU CHỈNH VÌ LÝ DO <input type="checkbox"/> TFA (nhập ngày người sử dụng dịch vụ ký bên dưới) <input type="checkbox"/> Khác (mô tả bên dưới) | |
| 27 | VIỆC ĐIỀU CHỈNH SỐ TIỀN PHẢI TRẢ THEO NĂM ĐƯỢC PHÉ DUYỆT BỞI | NGÀY | | |
| 28 | Một lời giải thích về số tiền phải trả của UMDAP đã được cung cấp. CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI PHỎNG VẤN | | TÊN VÀ SỐ CỦA NHÀ CUNG CẤP | |
| | Tôi khẳng định rằng những tuyên bố ở đây là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi và tôi đồng ý với kế hoạch thanh toán như đã nêu ở dòng 24 | | | |
| | CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ HOẶC NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH | | NGÀY | |