|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Departamento de Salud del Condado de SonomaDivisión de Salud Mental y AdiccionesInformación Financiera del PagadorInformación Confidencial del PacienteVea el Código 5328 de Bienestar y Salud | 1. Nombre del cliente (Apellido, nombre/s)  | Data Entry Initials |
| 2. Nu. del Cliente |
| **Las areas sombreadas son para el departamento de contabilidad solamente**3. Annual UMDAP Liability Period From To Month Day Year Month Day Year5. UMDAP Nuevo Revisión Anual 4. Número de Cuenta 6. Número de dependientes   |
| 1. Ingreso mensual
	1. Aplicante
	2. Padre/ Cónyuge
	3. Otro
	4. Total Income
	5. Adjusted Income
	6. Annual Liability
 | $\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. Total de Activos
	1. Cta. Cheques
	2. Cta. Ahorros
	3. Otros
	4. Total Assets
	5. Asset Allowance
	6. Net assets
	7. Monthly Assets
 | $\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_\_ | C. Gastos mensuales1. Multas Legales
2. Cuidado de niños
3. Mantenimiento
4. Deducciones de plan de retiro
5. Gastos Médicos
6. Total Expenses
 | $\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_$\_\_\_\_\_\_\_ |
|  Nu.de Medi-Cal: Fecha de emisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre de la persona responsable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre/s ApellidoDirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Calle Ciudad Estado Zona Postal TeléfonoEmpleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Empleador del Cónyuge \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  1. Nu. de MediCare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parte A Fecha Efectiva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Part B Fecha Effectiva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nombre de la Compañia de Seguros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nu. de Grupo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nu. de Poliza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha Efectiva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Asegurado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo del Asegurado M F Consentimiento de Seguro Adjunto: Sí No Nu. de Seguro Social del asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relacionado con empleo Notas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma del Cliente o Rep.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Personal de SM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Letra de molde |

**\*\*\*\*Si usted se niega a completar y firmar este documento es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios \*\*\*\***