

Formulario financiero para pagadores

NOMBRE DE LA AGENCIA:			
Apellido del cliente / No. de identificación de <i>Mental Health</i> (si lo conoce)		Nombre del cliente Enfermo Mental	Alias u otros nombres que usa
Fecha de nacimiento del cliente	¿Indocumentado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, número de Seguro Social (Obligatorio)	26.5 (AB3632) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No IEP (SELPA) Fecha de inicio _____	
¿El cliente tiene Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuánto es su contribución? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de Medi-Cal del cliente (Número BIC) _____ Por favor, adjuntar copia del análisis MEDS Si el cliente tiene Mcal de cobertura completa, omite las secciones restantes de este formulario y envíelo por fax al MIS/Unidad de facturación al 573-2110 ¿Es el cliente potencialmente elegible para los beneficios del Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El cliente fue remitido a Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí, decir la fecha: _____ <input type="checkbox"/> No ¿La colocación fue ordenada por una corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene Medicare el cliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, por favor, marque todas las que se apliquen __Parte A __Parte B __Parte D (vigente desde enero 1 de 2006) ¿Cuál es el número de Medicare del cliente? _____			
Información de la parte responsable (Garante):			
Nombre _____ Teléfono _____		Relación con el cliente _____ <input type="checkbox"/> Él/ella mismo(a)	
Dirección _____ Ciudad _____		Estado _____ Código postal _____	
<input type="checkbox"/> Se rehusó a proveer información financiera y se le cobrará el servicio completo.			

DECLARACIÓN FINANCIERA –UMDAP anual (Método uniforme para determinar la capacidad de pago)

Ingreso mensual bruto (incluir todos los ingresos del hogar) A. Él/ella mismo(a)..... \$ _____ B. Padres/Cónyuge/Compañero de vivienda..... \$ _____ C. Otro..... \$ _____ Número de personas que dependen de ese ingreso _____	Gastos permisibles A. Obligación mensual ordenada por la corte \$ _____ B. Pagos mensuales por cuidados del niño(a) (sólo si es necesario para poder trabajar) \$ _____ C. Pagos mensuales para el soporte de los dependientes \$ _____ D. Pagos mensuales para gastos médicos \$ _____ E. Descuentos mensuales obligatorios para el plan de jubilación (no incluye el Seguro Social) \$ _____ F. Costo de vivienda (Hipoteca/Alquiler) \$ _____
Cantidad en activos (Mencione todos los activos líquidos) A. Ahorros..... \$ _____ B. Cuentas corrientes..... \$ _____ C. Acciones..... \$ _____	

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD DE TERCERAS PARTES

Plan de salud o compañía aseguradora (No el empleador) Nombre de la compañía _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono de la compañía aseguradora _____	Número de póliza _____ Número de grupo _____ Nombre de la persona asegurada _____ Relación con el cliente _____ Número de Seguro Social de la personas asegurada _____ (si es alguien diferente al cliente)
¿Tiene el cliente el seguro de <i>Healthy Families</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, llene el formulario SED de Salud Mental del Condado de San Mateo.	¿Tiene el cliente el seguro de <i>Healthy Kids</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene el cliente el seguro de <i>Health Works</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE –Esta sección no es obligatoria para los clientes que tienen Medi-Cal de cobertura completa

Declaro que todo lo que he dicho en este formulario es verdadero y correcto. Entiendo que tengo la responsabilidad de pagar la cantidad adeudada según el UMPAD o el costo del tratamiento que he recibido o que han recibido los miembros de mi hogar durante cada periodo de 1 año. Si el costo del servicio es mayor que la cantidad adeudada según el UMPAD, yo pagaré la cantidad menor. Tengo la responsabilidad de, y acepto proveer, la verificación de los ingresos, activos y gastos. Si no lo hago, me facturarán el total de los servicios recibidos. Autorizo a Salud Mental del Condado de San Mateo a facturarle a Medi-Care y/o mi plan de seguro todos los servicios de salud mental aplicables, incluyendo cualquier servicio provisto bajo el parágrafo 26.5. Autorizo el pago de los beneficios de cuidados de salud a Salud Mental del Condado de San Mateo.

_____ Firma del cliente o de la persona autorizada _____ Fecha _____ Razón por la que el cliente no puede firmar _____

El cliente se rehusó a firmar la autorización: (Por favor, marcar si se aplica) Fecha _____ Razón _____

Nombre del entrevistador _____ Teléfono _____ Hora más adecuada para contactarlo _____

ENVIAR LA COPIA COMPLETADA POR FAX A: MIS/UNIDAD DE FACTURACIÓN (650)-573-2110

Para uso exclusivo de los Servicios de Salud Mental del Condado de San Mateo DATOS INGRESADOS POR CUENTA DE CLIENTE # FECHA DE INGRESO DE LOS DATOS
