|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Departamento de Salud del Condado de Sonoma División de Salud Mental y AdiccionesInformación Financiera del Pagador Información Confidencial del Paciente  Vea 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 Year  5. 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 mensuales   1. 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 Apellido  Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número Calle Ciudad Estado Zona Postal Teléfono  Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 \*\*\*\***