

Información financiera (pasivo anual/UMDAP)

NOMBRE/N.º DE HISTORIA CLÍNICA

ATP FAMILIAR

Tipo de ingreso: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Padre/Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	Ingreso bruto mensual (Excepto por niños en cuidado temporal): \$ _____
Número de dependientes _____	Asignación de activos (Cuenta de ahorros, ahorros, acciones, bonos, etc.): <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Otro \$ _____
Obligaciones ordenadas por un tribunal pagadas mensualmente	\$ _____
Mensual (necesario por empleo)	\$ _____
Pagos de manutención de dependientes mensuales	\$ _____
Pagos mensuales de gastos médicos (superiores al 2 % de los ingresos brutos)	\$ _____

PAGADOR

Seguro: (marque todas las opciones que correspondan)

Ninguno Medi-Cal Medicare CCHP Apellido del asegurado: _____

Identificación del seguro (CIN, SSN, ID de CCHP, Medi-Care): _____ Relación del cliente con el asegurado: _____

Privado Nombre del seguro: _____

N.º de grupo: _____ Id. del seguro: _____

ASEGURADO (si no es usted mismo)

Nombre del suscriptor: _____ N.º de Seg. Soc. del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ N.º de teléfono: _____

Inicial	Por este medio asigno cualquier beneficio pagadero por lo anterior a los Servicios de Salud del Condado de Contra Costa. Esta cantidad no debe exceder los cobros regulares para este período de servicios.
	Autorizo al condado para que facture en mi nombre cualquiera y toda la cobertura de seguro comercial identificada.

El cliente declara dificultades económicas: solicita una exención de tasas

Firma de la parte responsable/tutor legal

Fecha

***Servicios para Niños y Familias (Child and Family Services) es la parte responsable por los menores en cuidado temporal. El trabajador social debe firmar en la sección de Parte responsable como el representante.**

Firma del personal

Fecha

Uso exclusivo de oficina

Responsabilidad/Período de responsabilidad de UMDAP: _____	Fecha de entrada en vigor: _____
Fecha de caducidad: _____	N.º de identificación del garante: _____
Revisado por: _____	Responsabilidad de UMDAP: _____
Fecha: _____	Iniciales del recepcionista que ingresó los datos: _____