



**Agencia de Servicios Humanos y Salud del Condado de Mendocino  
 Registracion (CSI)/ UMDAP Financial Information**

<b>Numero Del Cliente:</b>	
----------------------------	--

<b>Nombre De Nacimiento:</b> <input type="checkbox"/> Igual al anterior		
(Apellido)	( Primer)	( Medio)
<b>Primer Nombre De Madre:</b>		
<b>Local de Nacimiento:</b>		
Condado	Estado	Pais

<b>Educacion: (Entrè el grado o escoja opciòn)</b> ___Anos (1-19) <input type="checkbox"/> 20+ Anos <input type="checkbox"/> 1 ano Preescolar <input type="checkbox"/> 2 anos o màs de Preescolar <input type="checkbox"/> 1 ano Educaciòn Especial <input type="checkbox"/> 2 anos o màs de Educaciòn Especial <input type="checkbox"/> 1 ano Vocacional/Tècnico <input type="checkbox"/> 2 anos Vocacional/Tèchnico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Ningùn	<b>Fumador: (Circule Uno)</b> <input type="checkbox"/> actualmente fuma todos los dias <input type="checkbox"/> actualmente fuma ocasionalmente <input type="checkbox"/> actualmente desconoce su estado de fumar <input type="checkbox"/> es usted un fumador pesado <input type="checkbox"/> es usted un fumador ligero <input type="checkbox"/> nunca a fumado <input type="checkbox"/> es usted un fumador <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/> desconoce si alguna vez a fumado
--	--

<b>Situacion Laboral (circule uno)</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (32 Horas A La Semana No Incluyendo Fuerza Armado) <input type="checkbox"/> Tiempo Parte (16-32 Horas A La Semana No Incluyendo Fuerza Armado) <input type="checkbox"/> Tiempo Parte(1-15 Horas A La Semana No Incluyendo Fuerza Armado) <input type="checkbox"/> En La Fuerza Armado <input type="checkbox"/> No en la fuerza de Trabajo-Ama de Casa <input type="checkbox"/> No en la fuerza de Trabajo -Estudiante <input type="checkbox"/> No en la fuerza de Trabajo -Retirado <input type="checkbox"/> No en la fuerza de Trabajo –Residente/preso de una intitucion <input type="checkbox"/> No en la fuerza de Trabajo –Sin poder Trabajar por Salud Mental, Incapacidad de Desarrollo O A+D <input type="checkbox"/> No en la fuerza de Trabajo –Sin Poder Trabajar por otra Desorden y Incapacitado <input type="checkbox"/> No en la fuerza de Trabajo –Otro no buscando trabajo en los ùltimis 30 dias <input type="checkbox"/> Desempleado- Descansado Del Trabajo <input type="checkbox"/> Desconocido
---

**Agencia de Servicios Humanos y Salud del Condado de Mendocino  
 Registracion (CSI)/ UMDAP Financial Information**

<b>Numero Del Cliente:</b>	
----------------------------	--

**FINANCIAL INFORMATION (UMDAP):**

**Cuidador: Mas de 18:\_\_\_\_\_ Mas de 18:\_\_\_\_\_**

\*Numero de personal cual son responsabilidad mas de 50% del tiempo.

**Miembros de Casa:**

<b>Nombre</b>	<b>Tipo de Miembro de Familia</b> <small>(La Cabeza de la Casa (HH); Miembro de la Familia En Casa (IHFM); Miembro de la Familia afuera de la Casa(OHFM); Miembro Extendido de la Familia (EF))</small>	<b>Relacion al La Cabeza de la casa</b>

**Aseguranza: (circule todo lo que aplique)\***

<input type="checkbox"/> <b>Ninguno</b>	<input type="checkbox"/> <b>Numero de Medical</b>	<input type="checkbox"/> <b>Numero de Medicare</b>
<input type="checkbox"/> <b>Seguro Privado</b> **Favor de tomar copias de tarjetas de Seguro Privado de frente y de atras. <b>Nombre de Aseguranza:</b>	<b>Numero de Grupo:</b>	<b>Numero del Subscritor :</b>
<b>Nombre del Subscritor:</b>		<b>Numero de Telefono de Subscritor#:</b>
<b>Fecha de Nacimiento del Subscritor:</b>		
<b>Domicilio del Subscritor:</b>		
<b>Initiales:</b>		
Yo autorizo el revelo de informacion medico o otra informacion necesaria para procesar mi reclamo de aseguranza, Medicare, Medical, Y otros reclamos similares.		
Yo autorizo pago de beneficios medicos a Salud Mental del Condado de Nendocino		
Yo estoy de acuerdo de ser responsable de cualquier tipo de pago no cubierto por mi aseguranza.		

**Agencia de Servicios Humanos y Salud del Condado de Mendocino  
 Registracion (CSI)/ UMDAP Financial Information**

**Numero Del Cliente:**

**Numero de Dependients:**

<b>Suma de Ingresos Brutos Mensuales:</b> <small>(Persona responsable, pareja, otro) (A)</small>	<b>Suma de Bienes:</b> <small>(Cheques, Ahorros, Stocks, Bonds) (B)</small>	<b>*Determinacion de Bienes :</b> <small>(Ahorros de dependes, (Suma debienes liquido) MENOS (BIENES Admisible (B) Dividido por 12) (C)</small>	<b>Suma de Gastos Mensuales:</b> <small>(Obligaciones de la Corte, pago para guarderia, pagos medicos, la cantidad de gastos medicos excluyo, los gastos medicos menos permitidos, las deducciones para la jubilacion planean) (D)</small>	<b>Ingresos Bruto Ajustable (A+C-D)</b>
\$	\$	\$	\$	\$

\*Dependes : (1)\$1500, (2)\$2250, (3)\$2300, (4)\$2400, (5)\$2500, (6)\$2600, (7)\$2700

<b>UMDAP Calculado Obligacion Anual</b> <small>(Ver plan de Tarifas)</small>	\$
---	----

<b>Pagos Minimos Mensuales</b>	\$
--------------------------------	----

**Persona Responsable:**

<b>Nombre:</b>	<b>Relacion al cliente:</b>
<b>Domicilio:</b> <small>(calle, ciudad ,estado ,codigo postal)</small>	
<b>Numero de Telefono:</b>	

**Yo autorizo el revelo de informacion medico o otra informacion necesaria para procesar mi reclamo de Seguro Privado, Medicare, Medical-Cal y otros reclamos similares. Yo estoy de acuerdo a pagar el deducible indicado arriba. Yo autorizo pago de beneficios medicos a Salud Mental del Condado de Mendocino.**

**Firma del Cliente o Persona Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Trabajador:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Trabajador:** \_\_\_\_\_