

Por Favor completa lo siguiente información con **toque de luz:**

ADMISSION – Admission Tab - Page 1	NOMBRE:		CLIENT NUMBER: _____		
	NOMBRE DE PROFESIONAL: _____				
	Apellido	Primer	Medio		
	GENERO: (escoje uno)		APELLIDO PRIMER NUMERO		
	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO		TYP0 DE PROFESIONAL: <input type="checkbox"/> PERSONAL <input type="checkbox"/> CONTRACTO <input type="checkbox"/> PROVEADOR ORGANIZACIONAL		
FECHA DE NACIMIENTO:		LOCALICION DE ARCHIVO: _____			
____/____/____					
MES DIA ANO					
FECHA DE PRIMER CONTACTO:		NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____			
____/____/____					
MES DIA ANO					
LOCALACION (PROGRAMA): _____					

ADMISSION – Demographics Tab - Page 1	NOMBRE:		CONDADO: _____	
	SUFIJO: <input type="checkbox"/> SR <input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV = V		ESTADO: _____	
	TITULO: <input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> SRA <input type="checkbox"/> Señorita		NUMERO DE TELEFONO DE CASA: _____	
			NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO: _____	
	DOMICILIO DE ENVIAR		IDIOMA:	
	DOMICILIO DE CASA		Lenguaje de sena Ilacano Polish Arabic Italiano Portuguese Armenian Japonés Rusia Cambodian Coreano Samoano Cantón Loa Spanish Ingles Mandarin Tagalo Farsi Thai Francés Otro lenguaje Chino Turkish Hebreo Otro lenguaje Desconocido / NoReportar Hmong Otro Lena. de sena Vietnamés	
CODIGO POSTAL				
CIUDAD				

ADMISSION – Demographics Tab - Page 2	ESTADO CIVIL: (escoja uno)		OCUPACIÓN USUAL: (escoja uno)	
	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO / ANULADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VUELTO A CASAR <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> SOLTERO / SIN CASARSE <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> VIUDO		<input type="checkbox"/> Ejecutivo, Administrativo, y ocupación Directivo <input type="checkbox"/> Ocupación de apoyo Administrativo Incluyendo de Oficina <input type="checkbox"/> Ocupación técnico y apoyo relacionado <input type="checkbox"/> Ocupación de ventas <input type="checkbox"/> Ocupación Profesional <input type="checkbox"/> Ocupación de casa privada <input type="checkbox"/> Ocupación de servicios protección <input type="checkbox"/> Ocupación de servicios, menos de protección y de casa <input type="checkbox"/> Ocupación de Cultivo, Selvicultura, y Acuicultura <input type="checkbox"/> Mecánico y Reparación <input type="checkbox"/> Negocio de Construcción	
	EDUCACION: (entré el grado o escoja opción)		OTRO NOMBRE USADO: _____	
	(1 – 19) _____ grado <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> 1 ano Preescolar <input type="checkbox"/> 2 anos o más de Preescolar <input type="checkbox"/> 1 ano Educación Especial <input type="checkbox"/> 2 anos o más de Educación Especial <input type="checkbox"/> 1 ano Vocacional /Técnico <input type="checkbox"/> 2 anos Vocacional /Técnico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> 20 + anos		Fecha de empleo UMDAP Year: (MM/DD/YY) _____ Fecha de terminar UMDAP Year: (MM/DD/YY) _____	
SITUACION LABORAL: (escoje uno)		Comentarios:		
<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 Institución <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 últimos 30 días <input type="checkbox"/> Desempleado – Descansado del Trabajo <input type="checkbox"/> Desconocido		_____ _____ _____		

Por Favor completa lo siguiente información con **toque de luz:**

Client # _____

Admission - CSI Tab - Page 1

Nombre de Nacimiento:

Apellido Primer Media

Primer Nombre De Madre: _____

Local de Nacimiento:

Condado (circulo uno)

- No Condado de California Orange
- Alameda Placer
- Alpine Plumas
- Amador Riverside
- Butte Sacramento
- Calaveras San Benito
- Colusa San Bernardino
- Contra Costa San Diego
- Del Norte San Francisco
- El Dorado San Joaquin
- Fresno San Luis Obispo
- Glenn San Mateo
- Humboldt Santa Bárbara
- Imperial Santa Clara
- Inyo Santa Cruz
- Kern Shasta
- Kings Sierra
- Lake Siskiyou
- Lassen Solano
- Los Angeles Sonoma
- Madera Stanislaus
- Marín Sutter
- Mariposa Tehama
- Mendocino Trinity
- Merced Tulare
- Modoc Tuolumne
- Mono Ventura
- Monterrey Yolo
- Napa Yuba
- Nevada Unknown County

Estado: (circulo uno)

- 00= No E.U. estado
- AK= Alaska
- AL= Alabama
- AR= Arkansas
- AZ= Arizona
- CA= California
- CO= Colorado
- CT= Connecticut
- DC= District of Colombia
- DE= Delaware
- FL= Florida
- GA= Georgia
- HI= Hawaii
- IA= Iowa
- ID= Idaho
- IL= Illinois
- IN= Indiana
- KS= Kansas
- KY= Kentucky
- LA= Louisiana
- MA= Massachusetts
- MD= Maryland
- ME= Maine
- MI= Michigan
- MN= Minnesota
- MO= Missouri
- MS= Mississippi
- MT= Montana
- NC= North Carolina
- ND= North Dakota
- NE= Nebraska
- NH= New Hampshire
- NJ= New Jersey
- NM= New Mexico
- NV= Nevada
- NY= New York
- OH= Ohio
- OK= Oklahoma
- OR= Oregon
- PA= Pennsylvania
- RI= Rhode Island
- SC= South Carolina
- SD= South Dakota
- TN= Tennessee
- TX= Texas
- UN= Unknown State
- UT= Utah
- VA= Virginia
- VT= Vermont
- WA= Washington
- WI= Wisconsin
- WV= West Virginia
- WY= Wyoming

Etnicidad / Raza Primaria: (circulo uno)

- Nativo De Alaska
- Indio Americano
- Nativo Asiatico
- Africano Americano
- Cambodian
- Chino
- Filipino
- Guamanio
- Hawaiano
- Hispano
- Japonés
- Coreano
- Laotian
- Otro
- Otro Isleño Asiático o Pacifico
- Samoaan
- Desconocido
- Vietnamés
- Blanco

Etnicidad / Raza Secundaria: (si aplica):

- Nativo De Alaska
- Indio Americano
- Nativo Asiatico
- Africano Americano
- Cambodian
- Chino
- Filipino
- Guamanio
- Hawaiano
- Hispano
- Japonés
- Coreano
- Laotian
- Otro
- Otro Isleño Asiático o Pacifico
- Samoaan
- Múltiple
- Vietnamés
- Blanco

FUMADOR: (circulo uno)

- actualmente fuma todos los días
- actualmente fuma ocasionalmente
- actualmente desconoce su estado actual de fumar
- es usted un ex fumador
- es usted un fumador pesado
- es usted un fumador ligero
- nunca a fumado
- es usted un fumador
- desconoce si alguna vez a fumado

Condado: _____

PROFESIONAL COMPLETANDO LA FORMA: _____ DATA ENTRY _____

Por Favor completa lo siguiente información con **toque de luz:**

PERSONAL VA ASITIR EN LLENAR LO SIQUIENTE:

Client # _____

FINANCIAL ELIGIBILITY – Guarantor Selection Tab – Page 1

MEDI-CAL / MEDICARE / INFORMACIÓN DE ASEGURANZA (1)

Nombre de Seguro Privado (Garante) _____	Domicilio de Seguro Privado – código postal _____
Domicilio de Seguro Privado - Linea1 _____	Domicilio de Seguro Privado – Ciudad _____
Domicilio de Seguro Privado – Linea 2 _____	Domicilio de Seguro Privado – Estado _____
	Numero de Teléfono de Seguro Privado _____
	Inhibir Facturación por Correo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Fecha Efectivo de Contrato (mm/dd/yyyy) _____
	Fecha de Expiracion del Contrato (mm/dd/yyyy) _____

FINANCIAL ELIGIBILITY – Guarantor Selection Tab – Page 2

Elegibilidad Verificado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Domicilio de Subscritor – Código Postal _____
Fecha Efectiva de Cubierto (mm/dd/yyyy) _____	Domicilio de Subscritor – Ciudad _____
Fecha de Expiración de Cobertura (mm/dd/yyyy) _____	Domicilio de Subscritor – Condado _____
Relación del Subscritor al Cliente: (escoja uno)	Numero de Teléfono del Subscritor _____
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela	Seguro Social del Subscritor _____
<input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Madre de Crianza <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	
<input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Hijastra <input type="checkbox"/> Guardia Legal <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío	
<input type="checkbox"/> Foster Son <input type="checkbox"/> Foster Daughter <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Desconocido	
Nombre de Subscritor: _____	Fecha de Nacimiento del Subscritor (mm/dd/yyyy) _____
Domicilio de Subscritor – Línea 1 _____	Nombre de Empleador del Subscritor: _____
Domicilio de Subscritor – Línea 2 _____	

FINANCIAL ELIGIBILITY – Guarantor Selection Tab – Page 3

Subscritor Numero de ID del Empleador: _____	Numero de Medi-cal del Cliente _____
Subscritor Domicilio del Empleador –Calle: _____	Cliente Servicio/ Sucursal _____
Subscritor Domicilio del Empleador –Código Postal _____	(Sí esta en el ejercito)
Subscritor Domicilio del Empleador –Ciudad: _____	Posición de Ejecito _____
Subscritor Domicilio del Empleador –Condado: _____	La Tarea del suscriptor de Beneficios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La Liberación del suscriptor de Información <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Coordinación de Beneficios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Subscritor Domicilio del Empleador –Estado: _____	
Subscritor Numero de Teléfono: _____	
Subscritor Nombre de Grupo: _____	PARA ESTAR COMPLETADA POR PROFESIONAL FINANCIERO
Subscritor Numero de Grupo: _____	
Subscritor Póliza _____	Fecha Que Terminan Los Beneficios: (mm/dd/yyyy) _____
Numero de Medicare del Cliente _____	

Yo autorizo él revelo de información medico o otra información necesaria para procesar mi reclamo de aseguran Saa, Medicare, Medí-Cal y otros reclamos similares.

Yo autorizo pago de beneficios médicos a Salud Mental del Condado de Mendocino.

Firma de Subscritor: _____ Fecha: _____

Staff Name/Date: _____ Data Entry: _____

Por Favor completa lo siguiente información con **toque de luz:**

PERSONAL VA ASITIR EN LLENAR LO SIQUIENTE:

Client # _____

ELIGIBILITY – Guarantor Selection Tab – Page 1

SECONDARY INSURANCE INFORMATION IF APPLICABLE (use sheet if needed)

Nombre de Seguro Privado (Garante) _____ Domicilio de Seguro Privado – código postal _____

Domicilio de Seguro Privado - Línea 1 _____ Domicilio de Seguro Privado – Ciudad _____

Domicilio de Seguro Privado – Línea 2 _____ Domicilio de Seguro Privado – Estado _____

Numero de Teléfono de Seguro Privado _____

Inhibir Facturación por Correo Sí No

Fecha Efectivo de Contrato (mm/dd/yyyy) _____

Fecha de Expiración del Contrato (mm/dd/yyyy) _____

FINANCIAL ELIGIBILITY – Guarantor Selection Tab – Page 2

Elegibilidad Verificado Sí No

Fecha Efectiva de Cubierto (mm/dd/yyyy) _____

Fecha de Expiración de Cobertura (mm/dd/yyyy) _____

Relación del Subscriptor al Cliente: (escoja uno)

Sí mismo Padre Madre Esposa Esposo Abuelo Abuela
 Padrastro Madrastra Padre de Crianza Madre de Crianza Hijo Hija
 Hijastro Hijastra Guardia Legal Empleador Tía Tío
 Foster Son Foster Daughter Nieto Nieta Corte Desconocido

Nombre de Subscriptor: _____

Domicilio de Subscriptor – Línea 1 _____

Domicilio de Subscriptor – Línea 2 _____

Domicilio de Subscriptor – Código Postal _____

Domicilio de Subscriptor – Ciudad _____

Domicilio de Subscriptor – Condado _____

Numero de Teléfono del Subscriptor _____

Seguro Social del Subscriptor _____

Fecha de Nacimiento del Subscriptor (mm/dd/yyyy) _____

Nombre de Empleador del Subscriptor: _____

FINANCIAL ELIGIBILITY – Guarantor Selection Tab – Page 3

Subscriptor Numero de ID del Empleador: _____

Subscriptor Domicilio del Empleador –Calle: _____

Subscriptor Domicilio del Empleador –Código Postal _____

Subscriptor Domicilio del Empleador –Ciudad: _____

Subscriptor Domicilio del Empleador –Condado: _____

Subscriptor Domicilio del Empleador –Estado: _____

Subscriptor Numero de Teléfono: _____

Subscriptor Nombre de Grupo: _____

Subscriptor Numero de Grupo: _____

Subscriptor **Póliza** _____

Numero de **Medicare** del Cliente _____

Numero de Medi-cal del Cliente _____

Cliente Servicio/ Sucursal _____
(Sí esta en el ejercito)

Posición de Ejecito _____

La Tarea del suscriptor de Beneficios Sí No

La Liberación del suscriptor de Información Sí No

Coordinación de Beneficios Sí No

PARA ESTAR COMPLETADA POR PROFESIONAL FINANCIERO

Fecha de Terminan Los Beneficios: (mm/dd/yyyy) _____

Yo autorizo el revelo de información medico o otra información necesaria para procesar mi reclamo de aseguran Saa, Medicare, Medi-Cal y otros reclamos similares.

Yo autorizo pago de beneficios médicos a Salud Mental del Condado de Mendocino.
 Firma de Subscriptor: _____ Fecha: _____

Staff Name/Date: _____ Data Entry: _____

Por Favor completa lo siguiente información con **toque de luz**:

UMDAP REGISTRATION

PERSONAL VA ASITIR EN LLENAR LO SIQUIENTE:

Client #

FAMILY REGISTRATION - Family Registration Tab - Page 1

Nombre de Persona Responsable:

Apellido Primer Media

Domicilio de Calle

Domicilio de Coreo

Código Postal Ciudad Estado

FAMILY REGISTRATION - Family Members Tab - Page 1

Nombre de Cliente: _____

- Opcional -

Familia / miembros de Casa:

Tipo de Miembro de Familia: (circulo uno por cada familiar)

La cabeza de la Casa	Miembro de la Familia (En casa)
Miembro de la Familia (Afuera de Casa)	Miembro extendido de la Familia
La cabeza de la Casa	Miembro de la Familia (En casa)
Miembro de la Familia (Afuera de Casa)	Miembro extendido de la Familia
La cabeza de la Casa	Miembro de la Familia (En casa)
Miembro de la Familia (Afuera de Casa)	Miembro extendido de la Familia
La cabeza de la Casa	Miembro de la Familia (En casa)
Miembro de la Familia (Afuera de Casa)	Miembro extendido de la Familia
La cabeza de la Casa	Miembro de la Familia (En casa)
Miembro de la Familia (Afuera de Casa)	Miembro extendido de la Familia
La cabeza de la Casa	Miembro de la Familia (En casa)
Miembro de la Familia (Afuera de Casa)	Miembro extendido de la Familia

Fecha de Empezar del Miembro de Familia: / /
MM DD YYYY

FAMILY REGISTRATION - UMDAP Information Tab - Page 1

Empieza la Fecha del UMDAP ano: (MM/DD/YY) _____

Termina la Fecha del UMDAP ano: (MM/DD/YY) _____

La Obligación financiera:

Ingresos Brutos Mensuales Persona Responsable: _____

El Esposo / a Ingresos Brutos Mensual: _____

Los Ingresos Brutos Mensuales Otro: _____

A) Suma de Ingresos Mensuales: _____
 (Información necesitada en la SUMA en la pagina siguiente)

Suma Dependes en los Ingresos: _____

FAMILY REGISTRATION - UMDAP Information Tab - Page 2

Determinación de Bienes:

Balanza de Ahorros _____

Balanza de Banco _____

Valor : De Bolsa _____

De Bono _____

De Ahorros de Mutuo _____

De Otro _____

Suma de Bienes Liquido _____

Bienes Admisible de la lista del UMDAP _____

Dependes: 1 \$1500 3 \$2300 5 \$2500 7 \$2700 9 \$2900
 2 \$2250 4 \$2400 6 \$2600 8 \$2800

Insertar en la línea **B)** abajo ((Suma de Bienes Liquido) - (Bienes Admisible))/12

B) El Líquido Neto total las Ventajas Mensuales _____
 (La información necesitó en SUMAS en próxima página)

Por Favor completa lo siguiente información con **toque de luz:**

Client # _____

PERSONAL VA ASITIR EN LLENAR LO SIQUIENTE:

FAMILY REGISTRATION - UMDAP Information Tab - Page 3

Los Gastos Mensuales admisibles:

- Obligaciones de la Corte (Multas) _____
- Pago para Guardería _____
- Pago de Apoyo por un Dependiente _____
- Pagos Médicos _____
- La cantidad de Gastos Médicos Excluyó _____
- Los Gastos Médicos menos Permitidos _____
- Las deducciones para la Jubilación Planean _____
- C) Suma de Gastos Mensuales** _____
(La información necesitó en SUMAS abajo)

FAMILY REGISTRATION - UMDAP Information Tab - Page 4

SUMAS

- A) Suma (Ingresos Brutos Mensual)** _____
 - B) Suma Mensual Bienes Liquido** _____
 - Suma (Ingresos Brutos Mensuales y Mensuales Bienes Liquido) **(A+B)** _____
 - C) Suma (Bienes Admisible)** _____
 - Ingresos Bruto Ajustable **(A+B-C)** _____
 - UMDAP Calculado Obligación Anual _____
 - UMDAP Obligación Anual
(Entre información encontró arriba en UMDAP Calculado)
Los Pagos Mensuales concordados en Satisfacer Arriba Obligación _____
 - Ajustable Por _____
 - Razón _____
- Aprobado Por:** _____ **Interviewer:** _____
- Fecha Aprobado** (MM/DD/YY) _____ **Date Interviewed** (MM/DD/YY) _____

Arreglo Financiero: Deducible Anual \$ _____ para pagar en (# de) _____ pagos de \$ _____
Deducible pagados por completos antes de: (MES / ANO) ____/____. (Costo completo de servicios menos la porción de Seguro Privado).

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

Firma de cliente o RP: _____ Trabajador: _____ Fecha: _____
Proveedor de información financiero (sí otro que no sea el paciente o persona responsable)

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

FIRMA DE PROVEEDOR DE INFORMACIÓN FINANCIERA _____

DATA ENTRY: _____