

## Información financiera (pasivo anual/UMDAP)

NOMBRE/N.º DE HISTORIA CLÍNICA

### ATP FAMILIAR

<b>Tipo de ingreso:</b> <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Padre/Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro	<b>Ingreso bruto mensual</b> (Excepto por niños en cuidado temporal):	\$ _____
<b>Número de dependientes</b> _____	<b>Asignación de activos</b> (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: \_\_\_\_\_

<b>Inicial</b>	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: _____
Responsabilidad de UMDAP: _____	Revisado por: _____
Fecha: _____	Iniciales del recepcionista que ingresó los datos: _____