



Información financiera (ATP/UMDAP Familiar)

MRN/ID. del cliente _____

Apellido del cliente _____

Nombre del cliente _____

ATP FAMILIAR

Tipo de ingreso: Propio Padres/cónyuge Otro

Ingreso mensual bruto (excepto por niños en cuidado temporal): \$ _____

Número de dependientes _____ Asignación de activos (Cuenta corriente de ahorros, acciones, bonos, etc.) : Corriente Ahorros Otro \$ _____

Obligaciones ordenadas por un tribunal pagadas mensualmente \$ _____

Cuidado infantil mensual (necesario por empleo) \$ _____

Pagos de manutención de dependientes mensuales \$ _____

Pagos de gastos médicos mensuales (que excedan el 2 % del ingreso bruto) \$ _____

Deducciones obligatorias mensuales del ingreso bruto por planes de jubilación (no el Seguro Social) \$ _____

PAGADOR

Seguro: (marque todas las opciones que correspondan)

Ninguno Medi-Cal Medicare CCHP Apellido del asegurado: _____

ID. del seguro: (CIN, SSN, ID. de CCHP, N.º de Medi-Care): _____ Relación del consumidor 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 _____

Dirección del suscriptor: _____

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.

[Únicamente para Servicios de Salud Mental Relacionados con la Educación] Otorgo mi permiso para que se facture a mi seguro privado. Este es un paso previo necesario para la facturación de otra cobertura de salud, como Medi-Cal para su reembolso. El Distrito Escolar será facturado por cualquier cargo denegado reembolsados por el seguro privado o Medi-Cal.

Formulario completado por teléfono durante COVID-19 Shelter-in-Place. Fecha y hora completada: _____
Información proporcionada por: _____

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

Office Use Only

Family ATP/UMDAP Liability Period: _____ Effective Date _____

Expiration Date: _____ Family ID #: _____ UMDAP Liability: _____

Reviewed By: _____ Date _____ Computer Entry Clerk Initials: _____