



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Evaluación Económica UMDAP

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Información de la Parte Responsable

El paciente es la parte responsable Sí No Elegible para Medi-cal Sí No

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____

Estado civil

Divorciado Casado Nunca casado Separado No se sabe Viudo

Relación Con el Paciente

- Hijo adoptado Padre/Madre adoptado Hermano adoptado Defensor Tía
- Padre/Madre biológico Hermano Cuñado Conservador del niño (tutor no público) Custodio (Tutor público) Tribunal Primo Hermana Empleador
- EMT/Ambulancia Familiar Padre Suegro Niño en crianza temporal
- Hermana en crianza temporal Padre de crianza temporal Madre de crianza temporal Padre/Madre de crianza temporal Hermano de crianza temporal Hijo de crianza temporal Amigo Nieta Abuelo Abuela Abuelo/Abuela Nieto
- Esposo Representante de las fuerzas de orden público Tutor Madre Suegra
- Vecino Sobrino Familiar más cercano Sobrina Padre/Madre Médico de atención primaria Proveedor Compañero de cuarto Hermano Pareja
- Hermana Cuñada Personal de Servicios Sociales Hijo Cónyuge Hijastro



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Evaluación Económica UMDAP

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

- Hijastra Padraastro Madrastra Padraastro/Madrastra Hijastro Tío
- Esposa Otro Desconocido

Dirección

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono 1 _____ Casa Móvil Otro _____

DNC DNLM

Teléfono 2 _____ Casa Móvil Otro _____

DNC DNLM

Dirección del Empleador

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Estado de veterano Sí No N.º de Seguro Social _____

Teléfono del Empleador

Teléfono _____ Empresa Móvil Otro _____

DNC DNLM



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Evaluación Económica UMDAP

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Si no está empleado, escriba la fecha en que trabajó por última vez _____

Primer nombre del cónyuge _____ Apellido del cónyuge _____

Empleador del cónyuge _____ Cargo del cónyuge _____

Si no está empleado, escriba la fecha en que trabajó por última vez _____

Dirección del Empleador del Cónyuge

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono del Empleador del Cónyuge

Teléfono _____ Empresa Móvil Otro _____

DNC DNLM

Primer nombre del familiar más cercano _____

Apellido del familiar más cercano _____

Dirección del Familiar Más Cercano

Dirección _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Evaluación Económica UMDAP

Nombre del Paciente _____ **ID del Paciente** _____
Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono del Familiar Más Cercano

Teléfono _____ Empresa Móvil

Otro _____

DNC DNLM

Información de Terceros

Seguro _____ ID del seguro _____

Número de identificación de la póliza de Medicare _____

CIN de Medi-Cal _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Cesión/Revelación de la información obtenida Sí No

Responsabilidad Económica

Fecha de inicio del período anual _____ Fecha de finalización del período anual _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Evaluación Económica UMDAP

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Ingresos

Persona responsable \$ _____

Cónyuge \$ _____

Otro \$ _____

Total de ingresos mensuales brutos \$ _____

Número de dependientes de los ingresos _____

Determinación de Responsabilidad de UMDAP

Activos Líquidos

Ahorros \$ _____

Cuenta IRA, CD, valor de mercado de acciones, bonos y fondos mutuos \$ _____

Cuenta de cheques \$ _____

Total de activos líquidos \$ _____

Menos asignación de activos \$ _____

Total de activos líquidos \$ _____

Valoración mensual de activos \$ _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Evaluación Económica UMDAP

Nombre del Paciente _____ **ID del Paciente** _____

Determinación de Activos

Ingresos mensuales brutos ajustados \$ _____

Gastos Permitidos

Obligaciones ordenadas por el tribunal pagadas mensualmente \$ _____

Cuidado infantil mensual (necesario para el empleo) \$ _____

Pagos mensuales de manutención de dependientes \$ _____

Pagos mensuales de gastos médicos \$ _____

Pagos mensuales de gastos médicos superiores al 2 % de los ingresos brutos \$ _____

Deducciones obligatorias mensuales de los ingresos brutos para planes de jubilación (no Seguro Social, asignación hecha en el calendario de pagos) \$ _____

Gastos totales permitidos \$ _____

Ingresos Mensuales Ajustados

Ingresos mensuales brutos ajustados menos el total de gastos permitidos \$ _____

Determinación de Responsabilidad de UMDAP

Responsabilidad anual \$ _____

Responsabilidad anual ajustada (si corresponde) \$ _____

Plan de pago acordado para cubrir la responsabilidad de arriba \$ _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Evaluación Económica UMDAP

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Otra Información

Proveedor de Información Económica (si no es el paciente o la persona responsable)

Nombre _____ Ajustado por _____

Aprobado por _____ Razón ajustada Exención terapéutica

Fecha de aprobación _____

Se dio una explicación de la responsabilidad de UMDAP. Sí No

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Firma de la parte responsable _____ Fecha _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Relación _____

Firma del personal _____ Fecha _____

Título _____