

장애인 결정 요청서



MAP-3177 (K) 11/29/2024

날짜: _____

케이스 이름: _____

케이스 번호(알고 있는 경우): _____

사회보장국(Social Security Administration, SSA), 생활보조금(Supplemental Security Income, SSI)

또는 사회보장 장애보험(Social Security Disability Insurance, SSDI)에서 장애 판정을 받은 경우, 이 양식을 제출하지 않습니다.

이름: _____	성: _____	중간 이름 이니셜: _____
우편 주소: _____	생년월일: _____	나이: _____
전화번호: _____	사회보장번호(마지막 4 자리만): _____	

다음 사항에 대하여 적절한상자에 체크(✓) 표시를 해주십시오

재직 중	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
시각 장애	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
청각 장애(TTY)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
수취계정(A/R)에 Medicaid 면제가 필요합니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

‘예’라고 답하신 경우,
면제 유형을 적어
주십시오.

듣고 말할 수 있는 언어: _____ 읽고 쓸 수 있는 언어: _____

Authorized Representative (Person assisting you with the disability determination request):

First Name: _____ Last Name: _____ MI: _____

Mailing Address: _____ Phone Number: _____

Authorized Representative may (check (✓) all that apply):

Apply Renew Medicaid Application Discuss Medicaid Application/Case Receive Mail/Correspondence

신청자/수령자 서명: _____ 날짜: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____