

WNIOSEK O USTALENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI



MAP-3177 (P) 11/29/2024

Data: _____

Nazwa sprawy: _____

Numer sprawy (jeśli znany): _____

W przypadku ustalenia stopnia niepełnosprawności przez Wydział Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration, SSA), korzystania z zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI) lub ubezpieczenia z tytułu niepełnosprawności (Social Security Disability Insurance, SSDI) **nie** należy przysyłać niniejszego formularza.

Imię: _____ Nazwisko: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres do korespondencji: _____ Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Numer telefonu: _____ Numer ubezpieczenia społecznego (tylko cztery ostatnie cyfry): _____

Zaznaczyć (✓) poniższe pola

Zatrudniony(-a) Tak Nie

Niedowidzący(-a) Tak Nie

Niedosłyszający(-a) (TTY) Tak Nie

Czy wnioskodawca/odbiorca (A/R) potrzebuje zwolnienia Medicaid? Tak Nie

Jeśli **tak**, rodzaj zwolnienia: _____

Znajomość języków: _____ Znajomość języków w piśmie: _____

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

Podpis wnioskodawcy/odbiorcy: _____ Data: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____