

**ЗАПРОС НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАТУСА  
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**



MAP-3177 (R) 11/29/2024

Дата: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия клиента: \_\_\_\_\_

Номер дела (если известен): \_\_\_\_\_

**Не** подавайте эту форму, если у Вас имеется подтверждение статуса нетрудоспособности и Вы получаете пособие от Управления социального обеспечения (Social Security Administration, SSA), по Программе дополнительного социального дохода (Supplemental Security Income, SSI) или страховое пособие по инвалидности по Программе социального обеспечения (Social Security Disability Insurance, SSDI).

Имя: _____	Фамилия: _____	Средний инициал: _____
Почтовый адрес: _____	Дата рождения: _____	Возраст: _____
Номер телефона: _____	Последние 4 цифры номера социального обеспечения (SSN): _____	

Отметьте соответствующие пункты (✓).

Трудоустроен(-а)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Нарушение зрения	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Нарушение слуха (TTY)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Нужно ли заявителю/получателю (A/R) освобождение от обязательств по программе Medicaid?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

Если **да**, укажите тип: \_\_\_\_\_

Язык для устного общения: \_\_\_\_\_ Язык для письменного общения: \_\_\_\_\_

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

Подпись заявителя/получателя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Authorized Representative Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_