

伤残鉴定申请



MAP-3177 (SC) 01/14/2021

日期: _____

个案名称: _____

个案号码 (如已知): _____

如果您有社会安全局 (Social Security Administration, SSA)、社会安全补助金 (Supplemental Security Income, SSI) 或社会安全伤残补助金 (Supplemental Security Income Disability, SSDI) 的伤残鉴定, 请勿提交此表格。

名字: _____ 姓氏: _____ 中间名首字母: _____

邮寄地址: _____ 出生日期: _____ 年龄: _____

电话号码: _____ SSN (仅最后四位数): _____

请勾选 (✓) 以下方框

受雇 是 否

视力障碍 是 否

听力障碍 (TTY) 是 否

申请人/领取人(A/R) 是否需要 Medicaid 豁免计划? 是 否

如是, 请指出豁免计划类型: _____

口语语言: _____ 书写语言: _____

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

申请人/领取人签名: _____ 日期: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____