伤残鉴定申请

NYC Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-3177 (SC) 11/29/2024

日期：_____

个案名称：_____

个案号码（如已知）：_____

如果您有来自社会安全管理局 (Social Security Administration, SSA)、社会安全补助金 (Supplemental Security Income, SSI) 部门或社会安全残障保险 (Social Security Disability Insurance, SSDI) 部门的残障状况判定书，则**请勿**提交此表单。

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: _____