殘障判定申請

Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-3177 (TC) 11/29/2024

日期：_____

個案名稱：_____

個案號碼（如已知）：_____

如果您有來自社會安全管理局 (Social Security Administration, SSA)、社會安全補助金 (Supplemental Security Income, SSI) 部門或社會安全殘障保險 (Social Security Disability Insurance, SSDI) 部門的殘障狀況判定書，則**請勿**提交此表單。

名字：_____ 姓氏：_____ 中間名縮寫：_____

郵寄地址：_____ 出生日期：_____ 年齡：_____

_____

電話號碼：_____ SSN（**僅最後四位**）：_____

請勾選 (✓) 以下方框

受僱	☐ 是	☐ 否
視障	☐ 是	☐ 否
聽障 (TTY)	☐ 是	☐ 否
申請人/領取人(A/R) 是否需要 Medicaid 豁免計畫？	☐ 是	☐ 否

若**是**，請註明
豁免計畫類型：_____

口語語言：_____ 書寫語言：_____

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

申請人/領取人簽名：_____ 日期：_____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____