

KËRKESË PËR PËRCAKTIMIN E AFTËSISË SË KUFIZUAR



MAP-3177 (AL) 11/29/2024

Data: _____

Emri i çështjes: _____

Numri i çështjes (nëse dihet): _____

Nëse keni një përcaktim të aftësisë së kufizuar nga Administrata e Sigurimeve Shoqërore (Social Security Administration, SSA), Të ardhurat nga Sigurimi Suplementar (Supplemental Security Income, SSI) ose Sigurimi Shoqëror për Personat me Aftësi të Kufizuar (Social Security Disability Insurance, SSDI) **mos e dorëzoni** këtë formular.

Emri: _____ Mbiemri: _____ Iniciali i emrit të dytë: _____

Adresa postare: _____ Datëlindja: _____ Mosha: _____

Numri i telefonit: _____ Nr. i sigurimeve shoqërore (SNN)
(Vetëm katër numrat e fundit): _____

Shënoni (✓) kutitë e mëposhtme

I/e punësuar Po Jo

Me aftësi të kufizuar të shikimit Po Jo

Me aftësi të kufizuar të dëgjimit (TTY) Po Jo

A i nevojitet aplikantit/marrësit një dokument përjashtues nga kushtet e Medicaid-it? Po Jo

Nëse **po**, lloji i dokumentit përjashtues: _____

Gjuha e folur: _____ Gjuha e shkruar: _____

Përfaqësuesi i autorizuar (Personi që po ju ndihmon me kërkesën për përcaktimin e aftësisë së kufizuar):

Emri: _____ Mbiemri: _____ Iniciali i emrit të dytë: _____

Adresa postare: _____ Numri i telefonit: _____

Përfaqësuesi i autorizuar mund: (shënoni (✓) të gjitha opsionet e vlefshme):

Të aplikojë për rinovimin e aplikimit të Medicaid-it Të diskutojë aplikimin/çështjen e Medicaid-it

Të marrë përgjigje në postë/korrespondencë

Nënshkrimi i aplikantit/marrësit: _____ Data: _____

Nënshkrimi i përfaqësuesit të autorizuar: _____ Data: _____