

דיסאביליטי באשטימונג פארלאנג

דאטום: _____
קעיס נאמען: _____
קעיס נומער (אויב איר ווייסט): _____

אויב איר האט א דיסאביליטי באשטימונג פון סאושעל סעקיוריטי אדמיניסטראציע (Social Security Administration, SSA), צוגאבע צום סאושעל סעקיוריטי אינקאם (Supplemental Security Income SSI) אדער סאושעל סעקיוריטי דיסאביליטי אינשורענס (Social Security Disability Insurance, SSDI) געבט נישט אריין די פארם.

ערשטע נאמען: _____ לעצטע נאמען: _____ MI (מיטלסטע אינישעל) : _____
פאסט אדרעס: _____ DOB (געבורט דאטום): _____ עלטער: _____
טעלעפאן נומער: _____ SSN (בלויז די פיר לעצטע נומערן): _____

ביטע צייכנט אן (✓) די פאלגנדע קעסטלעך

ארבעט	<input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין
באגרעניצטע זע-קראפט	<input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין
באגרעניצטע הער-קראפט (TTY)	<input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין
דארף A/R א Medicaid וועיווער?	<input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין

אויב יא, וועיווער סארט: _____
שפראך וואס מען רעדט: _____ שפראך וואס מען שרייבט: _____

אויטאריזירטע פארשטייער (מענטש וואס העלפט אייך מיט די דיסאביליטי באשטימונג פארלאנג): _____
ערשטע נאמען: _____ לעצטע נאמען: _____ MI: _____
פאסט אדרעס: _____ טעלעפאן נומער: _____
אויטאריזירטע פארשטייער קען (צייכנט אן (✓) אלע וואס זענען שייך): _____
 אנגעבן א באנייאונג Medicaid אפליקאציע דיסקוסירן Medicaid אפליקאציע/קעיס באקומען פאסט/קארעספאנדענס

אפליקאנט/ערהאלטער אונטערשריפט: _____ דאטום: _____

אויטאריזירטע פארשטייער אונטערשריפט: _____ דאטום: _____