

美京華人活動中心「社會福利及救助諮詢」申請人信息表

中文姓名：		英文姓名：		性別：	生日(月/日/年)：	年齡：
		(Last, Middle, First)		○ 男 ○ 女		
地址：		連絡電話：		移民身分：		種族或民族：
(street)		(H)		○ 綠卡，自 _____ 年起 ○ 公民，自 _____ 年起 ○ 其他：_____		
State: Zip Code:		(C)				
健康情形：	是否為殘疾	婚姻狀況：	家戶成員：		目前使用的醫療保險：	
○ 差 ○ 普通 ○ 良好 ○ 非常好	○ 是 ○ 否	○ 未婚 ○ 已婚 ○ 分居 ○ 離婚 ○ 喪偶	配偶： 其他成員：		○ Medicare (紅藍卡) ○ Medicaid (白卡) ○ QMB, SLMB (灰卡) ○ Obamacare (歐巴馬保險) ○ 無保險 ○ 其他保險：_____	
收入狀況：		支出狀況：		已領取的福利資源：		
○ SSA 退休金: \$ _____ /月 ○ SSI 生活補助金: \$ _____ /月 ○ 工作收入: \$ _____ /月 ○ 其他收入: \$ _____ /月 ○ 銀行存款: \$ _____		房租: \$ _____ /月 水電瓦斯費: \$ _____ /月 其他支出: \$ _____ /月		○ 糧食券 (SNAP) ○ 低收入戶能源補助 (EAP) ○ 住宅補助項目 ○ 其他: _____		
想了解何種福利內容：				想加入的美京華人活動中心項目		
○ Medicaid (白卡) ○ QMB, SLMB (灰卡) ○ 低收入戶藥品計畫補助 (LIS) ○ 糧食券 (SNAP) ○ 低收入戶能源補助 (EAP) ○ 住宅補助項目 (RAP, Section 8, Housing Choice Voucher) ○ 其他: _____				○ 泛亞義務門診 ○ 歡樂日間保健中心 ○ 居家護理中心 ○ 常青社 ○ 其他:		
聲明：				申請人簽名：		日期：
此份諮詢表作為福利諮詢之用。訊息為本人據實陳述，如有不實，願自行承擔相關責任及後果。 本福利諮詢僅提供建議，美京華人活動中心不保證福利申請結果、亦不負擔相關法律責任，由申請人自行承擔。						
如有疑問，請電美京華人活動中心紓困諮詢專線 301-663-0983 或 301-820-7200 分機 8315。 本諮詢表可傳真 240-668-9828 或電郵至 gaap@ccacc-dc.org						
以下由工作人員填寫：				諮詢日期：		
諮詢內容：		處理建議：				
		工作人員簽名：				

CCACC Benefit Enrollment Consultation Service Application

Last Name :		First Name :		Sex:	Date of Birth:	Age:
				☐ M ☐ F	(MM/DD/YYYY)	
Address :			Phone:		Immigration Status:	
(street)			(H)		☐ Greencard , since _____ ☐ Citizen , since _____ ☐ Others: _____	
State: Zip Code:			(C)			
Health:	Disability	Marital Status:	Household Members:		Current Health Insurance:	
☐ Poor ☐ Fair ☐ Good ☐ Very Good	☐ Yes ☐ No	☐ Single ☐ Married ☐ Married Separated ☐ Widow ☐ Divorced	Spouse: Other members:		☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ QMB, SLMB ☐ Obamacare ☐ Uninsured ☐ Other insurance: _____	
Income Status:			Shelter Costs:		Enrolled Benefits:	
☐ Social Security: \$ _____ ☐ SSI \$ _____ ☐ Earned Income: \$ _____ ☐ Others: \$ _____ ☐ Resource/Assets: \$ _____			Rent: \$ _____ Gas: \$ _____ Utility: \$ _____ Other expense: \$ _____		☐ SNAP (Food Stamp) ☐ Energy Assistance Program (EAP) ☐ Housing Assistance Program ☐ Others: _____ ☐ Others: _____	
I want to know more about:					Interested in CCACC Program:	
☐ Medicaid ☐ QMB, SLMB ☐ Low-Income Subsidy for Medicare Prescription Drug Coverage (LIS) ☐ SNAP (Food Stamp) ☐ Energy Assistance Program (EAP) ☐ Housing Assistance Program (RAP, Section 8, Housing Choice Voucher) ☐ Others : _____					☐ PAVHC ☐ ADHC ☐ Home Care ☐ Evergreen ☐ Others: _____	
Responsibility:				Signature:		Date:
I have answered all of the above questions based on my best understanding. I will be responsible for the result caused by the incorrect information I provide. I understand that this application is only for the consultation service; CCACC is not responsible for the result of any benefit application.						
Any question, please call CCACC Grant Application Assistance Program hotline 301-663-0983 or 301-820-7200 ext8315. You can fax this from to 240-668-9828 or Email to gaap@ccacc-dc.org						
FOR AGENCY USE ONLY:				Consultation Date:		
Content:			Suggestions : Staff Signature :			

(7/6/2020)