

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)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
地址：		連絡電話：	移民身分：	種族或民族：
(street)		(H)	<input type="radio"/> 綠卡，自 _____ 年起	
State: Zip Code:		(C)	<input type="radio"/> 公民，自 _____ 年起	
			<input type="radio"/> 其他: _____	
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：
<input type="radio"/> 差 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 非常好	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 分居 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 喪偶	配偶： 其他成員：	<input type="radio"/> Medicare (紅藍卡) <input type="radio"/> Medicaid (白卡) <input type="radio"/> QMB, SLMB (灰卡) <input type="radio"/> Obamacare (歐巴馬保險) <input type="radio"/> 無保險 <input type="radio"/> 其他保險: _____
收入狀況：		支出狀況：		已領取的福利資源：
<input type="radio"/> SSA 退休金: \$ _____ /月 <input type="radio"/> SSI 生活補助金: \$ _____ /月 <input type="radio"/> 工作收入: \$ _____ /月 <input type="radio"/> 其他收入: \$ _____ /月 <input type="radio"/> 銀行存款: \$ _____		房租: \$ _____ /月 水電瓦斯費: \$ _____ /月 其他支出: \$ _____ /月		<input type="radio"/> 糧食券 (SNAP) <input type="radio"/> 低收入戶能源補助 (EAP) <input type="radio"/> 住宅補助項目 <input type="radio"/> 其他: _____
想了解更多種福利內容：			想加入的美京華人活動中心項目	
<input type="radio"/> Medicaid (白卡) <input type="radio"/> 低收入戶藥品計畫補助 (LIS) <input type="radio"/> 糧食券 (SNAP) <input type="radio"/> 住宅補助項目 (RAP, Section 8, Housing Choice Voucher) <input type="radio"/> 其他: _____			<input type="radio"/> QMB, SLMB (灰卡) <input type="radio"/> 低收入戶能源補助 (EAP) <input type="radio"/> 泛亞義務門診 <input type="radio"/> 歡樂日間保健中心 <input type="radio"/> 居家護理中心 <input type="radio"/> 常青社 <input type="radio"/> 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@ccaacc-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：		