

殘障判定申請



MAP-3177 (TC) 01/14/2021

日期： \_\_\_\_\_

個案名稱： \_\_\_\_\_

個案號碼（如已知）： \_\_\_\_\_

如果您有社會安全局 (Social Security Administration, SSA)、社會安全補助金 (Supplemental Security Income, SSI) 或社會安全殘障補助金 (Supplemental Security Income Disability, SSDI) 的殘障判定，請勿提交此表格。

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: \_\_\_\_\_