

伤残鉴定申请



MAP-3177 (SC) 2/10/2023

日期: _____

个案名称: _____

个案号码 (如已知): _____

如果您有来自社会安全管理局 (Social Security Administration, SSA)、社会安全补助金 (Supplemental Security Income, SSI) 部门或社会安全残障保险 (Social Security Disability Insurance, SSDI) 部门的残障状况判定书, 则**请勿**提交此表单。

名字: _____	姓氏: _____	中间名首字母: _____
邮寄地址: _____	出生日期: _____	年龄: _____
电话号码: _____	SSN (仅最后四位数): _____	

请勾选 (✓) 以下方框

受雇	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
视力障碍	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
听力障碍 (TTY)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
申请人/领取人(A/R) 是否需要 Medicaid 豁免计划?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

如是, 请指出豁免计划类型: _____

口语语言: _____ 书写语言: _____

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

申请人/领取人签名: _____ 日期: _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____