

殘障判定申請



MAP-3177 (TC) 02/10/2023

日期： _____

個案名稱： _____

個案號碼（如已知）： _____

如果您有來自社會安全管理局 (Social Security Administration, SSA)、社會安全補助金 (Supplemental Security Income, SSI) 部門或社會安全殘障保險 (Social Security Disability Insurance, SSDI) 部門的殘障狀況判定書，則請勿提交此表單。

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	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
視障	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
聽障 (TTY)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
申請人/領取人(A/R) 是否需要 Medicaid 豁免計畫?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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: _____