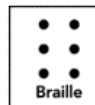




Large
Print



一般援助

申請者和領取者:

您需要幫助完成申請或重新決定的過程嗎?

- 是, 我需要幫助。 是, 我想我可能有殘障。
 否, 我不需要幫助。 否, 我想我沒有殘障。

請填好下列的資訊, 並在你可能有困難的列項旁的方框裏划勾:

姓名: _____
社會安全號碼: ____/____/____
電話號碼: (____) _____

日期: _____
生日: ____/____/____

請告訴我們您可能需要何種幫助:

- 理解表格內容或填寫表格表格 與他人交談 看
 行走 坐 站立 說話 聽
 其它 (請說明): _____

- 如果您不確定您需要何種幫助請在此划勾, 我們的職員會與您一起審閱這份表格。
 如果您不需要任何幫助請在此划勾, 並請在下面簽名。

注意:

亞拉米達縣可能需要您提供您殘障的證明, 才能為您提供合理的照料。

我承認收到並理解亞拉米達縣社會服務處提供給我的有關特殊照料的資料。

客戶簽名

日期

僅供縣政府使用

因某種殘疾而需要幫助填寫表格或不能完成一般援助申請程序的申請者和領取者必須根據他們的需要給予照料。

- 客戶被否決特殊照料

工作人員:

使用 **Collect Case Special Indicators 屏幕** 來輸入所有適用的特殊照料並完成案件評論。該屏幕位于 CalWIN Intake & Case Maintenance, Data Collection section。

- CalWIN 輸入項完成