

## 福利资格调查问卷

A. 个人信息			
姓名	出生日期	社会保障号	
出生地（州、城市，并附上一份个人出生证明）		美国退役军人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
婚姻状况	配偶姓名	结婚/离婚日期和地点	
美国公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果不是，请附上个人的 A 编号、入境日期和入境口岸的证明。请附上任何就业许可或永久居民卡，或说明个人当前移民身份的任何其他文件的正反两面复印件。			
个人是否有 <b>法院指定的</b> 法定监护人、候补或备用监护人或保护人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请提供姓名和地址（附上法律文件副本）：			
如果个人未满 21 岁，是否与父母同住？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
个人是否参加了医疗补助计划？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是： 客户识别号（CIN）： _____ 批准日期： _____ 如果否： 是否提交了医疗补助计划申请？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请填写以下部分： 申请日期： _____ 拒绝日期： _____ 拒绝原因： _____			
个人是否登记了家庭与社区安置服务弃权书？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 登记日期： _____ 如果否： 是否为个人提交了社区安置服务弃权书？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 申请日期： _____ 拒绝日期： _____ 拒绝原因： _____			
个人正在接受/申请哪些服务？ 包括所有机构提供的 <b>所有服务</b> ：			
B. 收入信息			
个人是否有收入来源？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请就该人最近 3 个月的所有收入来源填写以下内容：			
收入来源	领款人	申请编号	月度金额
社会保障			\$
补充保障收入（SSI）			\$
其他福利			\$
			\$
个人是否曾受雇或领取过工资（包括从作坊领取的工资）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，个人目前是否受雇？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请填写以下有关现任雇主、其他雇主以及过去 3 个月每月工资总额的信息。			
雇主	地址	工资总额	

**C. 个人资产信息**

**请仅在此人将入住中级护理设施的情况下回答以下问题：**

在过去 60 个月内，个人是否出售、赠送或转让过任何现金、房地产或其他资产？

是  否

如果是，请附上一张纸，详细说明资产类型、价值、出售/赠送/转让对象、交易日期和出售金额。

个人是否将任何资产放入信托，或是否从为其设立的信托中支出任何款项？

是  否

如果是，请附上一份信托文件的副本或另附一页说明信托详情，包括资金来源、受托人姓名、信托地点、账号和信托价值。

个人是否有任何银行账户、信用社账户、存款单、年金、401(K)、其他退休账户、股票、债券、证券或不动产权益？

是  否

如果是，请附上副本（更多资产或详情可根据需要另附一页说明）：

	资产 1	资产 2
资产类型		
接收银行对账单或保管记录的人员姓名		
资产现值		

是否为个人设立了安葬基金？  是  否 如果是，请附上最新声明的副本。

个人是否有预购殡葬合同、殡葬信托、墓地或其他殡葬空间物品？

是  否 如果是，请具体说明（附上合同副本）：

**D. 个人未来收入或资产**

个人是否在遗产、诉讼和解金、信托基金或其他资产中拥有权益、可能拥有权益，或预期获得这些权益、和解金、信托基金或其他资产？  是  否

如果是，请在下面说明资产情况（另附一页详细说明）：

**E. 个人人寿保险信息**

个人是否有人寿保险？  是  否 如果是，请填写以下内容（附上保单副本）：

保险公司名称和地址

保单号

面值

\$

保单持有人姓名和地址

**F. 个人医疗保险信息**

个人是否有 Medicare？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	生效日期	索赔号
A 部分住院保险	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
B 部分医疗保险	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
D 部分处方药计划	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
Medicare 优势计划	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

Medicare 优势计划名称、地址和电话号码			
个人是否有其他医疗保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请附上保险凭证、保单、小册子或卡的副本（正反面），并填写以下内容：			
保险公司名称和地址			
保单号	团体号	其他识别号	
保险生效日期	投保人姓名		
团体/雇主名称和地址			
<b>G. 个人父母和配偶身份信息</b>			
	父母 1	父母 2	配偶
(婚前) 姓名			
出生日期			
出生地 (州、市)			
社会保障号			
美国公民	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
美国退役军人 如果是，请提供： 序列号 索赔号	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
领取残疾/退休福利	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
残疾/退休日期			
死亡日期和地点 (如适用)			
<b>H. 个人财务代理人</b>			
是否有人拥有个人的财务信息？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，请提供以下信息 (如有需要，可另附一页)：			
姓名	地址和电话号码		关系
<b>I. 就本人所知，所提供信息准确</b>			
填表人签字		印刷体姓名	
与个人关系	日期	家庭电话	
手机	工作电话	电子信箱	