

福利諮詢報名表

為了保護您的身份，所有個人資料均使用最高資料保護標準 PII 合規性進行儲存和保護

申請日期 _____

名字 _____ 中間名 _____

姓氏 _____

出生日期 _____

申請人年齡 _____ 代詞 _____

郵寄地址 _____

城市 _____

省份 _____ 郵政編碼 _____

手機號碼 _____

固定電話號碼 _____

電子郵件 _____

更喜歡透過 Zoom 見面 目前就業

主要語言 _____

家庭人數 _____ 年收入 _____

緊急聯絡資訊

姓名 _____

關係 _____

電話號碼 _____

資格和福利

- 舊金山居民 (San Francisco Resident)
 需要就業/福利諮詢 (Needs Counseling)

- 60 歲或以上 (Age 60+)
 年滿 18 歲且殘疾 (Age 18+ with a Disability)

您目前正在享受的福利

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 社會安全管理局 (SSA) | <input type="checkbox"/> 住房協助 (Housing) | <input type="checkbox"/> TANF/ CalWORKS | <input type="checkbox"/> 醫療 (Medi-Cal) |
| <input type="checkbox"/> 補充安全收入 (SSI) | <input type="checkbox"/> 退伍軍人殘疾 | <input type="checkbox"/> CAAP/一般援助 (GA) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 社會安全殘疾保險 (SSDI) | <input type="checkbox"/> 食品券計劃 (SNAP) | <input type="checkbox"/> 醫療保險 (Medicare) | <input type="checkbox"/> 無 |

以下所有信息均屬自願提供，不會影響您當前的福利

人物的特徵 (Personal Characteristics)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 (Hispanic/Latino) | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民，其他太平洋島民 (Native Hawaiian/PI) |
| <input type="checkbox"/> 黑人，非洲裔美國人 (Black/African-American) | <input type="checkbox"/> 拒絕說明 (Decline to State) |
| <input type="checkbox"/> 亞洲人，亞裔美國人 (Asian/Asian-American) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| <input type="checkbox"/> 高加索人 (Caucasian) | |
| <input type="checkbox"/> BIPOC/有色人種 | <input type="checkbox"/> 社交孤立 (Socially Isolated) |
| <input type="checkbox"/> 殘疾人具有殘疾文件 (Disabled w/Documentation) | <input type="checkbox"/> 未能找到就業 (Failed to find Employment) |
| <input type="checkbox"/> 同志+ (LGBTQ+) | <input type="checkbox"/> 低收入 (Low Income) |
| <input type="checkbox"/> 英語能力有限 (Limited English Proficiency) | <input type="checkbox"/> 就業前景不佳 (Low Employment Prospects) |
| <input type="checkbox"/> 識字能力有限 (Limited Literacy Skills) | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |



嚴重/使人衰弱的損傷

日常活動 (2)

- 進食 (Eating)
- 穿或換衣服 (Dressing)
- 沐浴 (Bathing)
- 美容 (Grooming)
- 活動能力 (Mobility)

護理設施服務 (Nursing Facility Services) (1)

器樂活動 (3)

- 膳食準備 (Meal Prep)
- 購物 (Shopping)
- 家務 (Housework)
- 理財 (Managing Money)
- 使用電話 (Using Phone)

性取向和性別取向認同

性別認同 (Gender)

- 女性 (Female)
- 男性 (Male)
- 跨性別 (Transgendered)
- 拒絕聲明 (Decline to State)
- 其他 _____

性取向 (Sexual Orientation)

- 同性戀 (Homosexual)
- 異性戀 (Heterosexual)
- 女同性戀 (Lesbian)
- 雙性戀 (Bisexual)
- 不確定或拒絕說明 (Unsure/Decline to State)

教育 (選擇完成的最高級別)

- GED 證書 (GED or Certificate of Equivalency)
- 高中畢業文憑 (High School Diploma)
- 職業/技術學位 (Vocational/Technical Degree)
- 副學士學位 (Associate Degree)
- 許可證 _____

- ____年大學, 但沒有學位 (Some college, no degree)
- 學士學位或同等學歷 (Bachelors Degree or equivalent)
- 碩士 (Masters Degree)
- 博士學位 (Doctorate Degree)
- 其他 _____

簽署協議

申請人的全名 (請正寫) (Applicant Name)

服務註冊日期 (Enrollment Date)

申請人簽名 - 由本人親自簽署 (Applicant Signature)

簽署日期 (Date Signed)

導航員的全名 (請正寫) (Navigator Name)

導航員的簽名 (Navigator Signature)

簽署日期 (Date Signed)

主任/項目經理姓名 (請正寫)

主任/項目經理的簽名 (Manager Signature)

簽署日期 (Date Signed)

請將此表格電郵至 benefits@felton.org

電子簽名

電子簽名通常描述了當事方用於約束或認證記錄的任何類型的數字標記。通過接受這些條款並在適當的框中輸入您的姓名, 您以與您親自簽署文件相同的方式表示接受這些條款。我理解, 如果我有意提供不準確的信息, 我可能會被終止參加 BeneFITS 2 Work 計劃, 並可能承擔法律處罰

此項社區服務計劃務計劃是由三藩市殘疾人與老齡化服務部資助的。

