

MẪU GIỚI THIỆU VÀ XÁC NHẬN CÁC PHÚC LỢI CỦA CỰU CHIẾN BINH

GHI CHÚ: KHÔNG NÊN ĐIỀN MẪU NÀY TRỪ KHI BIẾT RÕ MỘT TRONG CÁC MỤC DƯỚI ĐÂY:

- SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA CỰU CHIẾN BINH VÀ NGÀY SINH
- SỐ QUÂN
- SỐ HỒ SƠ CỦA CƠ QUAN QUẢN TRỊ CỰU CHIẾN BINH (VA)

Quý vị và bất kỳ thành viên nào trong hộ mà quý vị nộp đơn xin trợ cấp phải cung cấp cho chúng tôi (các) số An Sinh Xã Hội (SSN). (Các) số SSN này dùng để xác định sự hội đủ điều kiện của quý vị và việc không hợp tác có thể đưa đến kết quả là sự từ chối hoặc ngưng cấp trợ cấp. Căn cứ theo: Điều khoản 205.52 của bộ luật 45 về các quy luật của liên bang, và điều khoản 11268(a) của bộ luật qui định về phúc lợi an sinh và các tổ chức/cơ quan/hiệp hội.

Tên và địa chỉ văn phòng phục vụ cựu chiến binh Hạt

TÊN HỒ SƠ:
SỐ HỒ SƠ (GỒM CẢ KÝ HIỆU TRỢ GIÚP VỆ Y TẾ):
SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN/NGƯỜI NHẬN:
TÊN NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH HỒ SƠ:
SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NHÂN VIÊN:

PHẦN I

TÊN NGƯỜI CỰU CHIẾN BINH (HỌ, TÊN, TÊN LÓT):		NGÀY SINH:	NƠI SINH:	CÒN SỐNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	NẾU ĐÃ QUA ĐỜI: NGÀY QUA ĐỜI: NƠI QUA ĐỜI:
ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI CỰU CHIẾN BINH (SỐ NHÀ, ĐƯỜNG, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, SỐ KHU VỰC BƯU ĐIỆN):			NGƯỜI CỰU CHIẾN BINH NÀY CÓ Ở TRONG NHÀ QUÝ VỊ KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	SỐ HỒ SƠ CỰU CHIẾN BINH: SỐ AN SINH XÃ HỘI: SỐ QUÂN:	
NGÀNH PHỤC VỤ:		NGÀY NHẬP NGŨ:	NGÀY GIẢI NGŨ:	HÌNH THỨC GIẢI NGŨ: <input type="checkbox"/> DANH DỰ <input type="checkbox"/> THƯỜNG LỆ <input type="checkbox"/> Y KHOA <input type="checkbox"/> HÌNH THỨC KHÁC NGOÀI DANH DỰ <input type="checkbox"/> KHÔNG RÕ	
TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN CỦA NGƯỜI CỰU CHIẾN BINH: <input type="checkbox"/> ĐỘC THÂN <input type="checkbox"/> KẾT HÔN <input type="checkbox"/> LY DI <input type="checkbox"/> LY THÂN <input type="checkbox"/> GÓA CHỒNG/VỢ		NGƯỜI CỰU CHIẾN BINH NÀY CÓ VĨNH VIỄN KHÔNG LÀM VIỆC ĐƯỢC VÌ SỰ MẤT NĂNG LỰC KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		CÓ PHẢI TÌNH TRẠNG MẤT NĂNG LỰC HIỆN TẠI CỦA NGƯỜI CỰU CHIẾN BINH NÀY GÂY RA BỞI THƯƠNG TÍCH HOẶC ĐAU BỆNH KHI CÒN TẠI NGŨ KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	
LỢI TỨC SỔ HÀNG THÁNG CỦA NGƯỜI CỰU CHIẾN BINH: \$		CÓ NGƯỜI NÀO ĐANG ĐƯỢC CHĂM SÓC DÀI HẠN KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG NẾU CÓ, ĐÁNH DẤU (✓) DƯỚI ĐÂY: <input type="checkbox"/> CỰU CHIẾN BINH <input type="checkbox"/> NGƯỜI PHỐI NGẮU <input type="checkbox"/> NGƯỜI KHÁC		CÓ NGƯỜI NÀO BỊ MÙ, HOẶC MỘT THÀNH VIÊN TRONG HỘ CẦN SỰ CHĂM SÓC TẠI GIA CHO VIỆC ẨM UỐNG, TẮM RỬA, HOẶC THAY QUẦN ÁO KHÔNG? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG NẾU CÓ, ĐÁNH DẤU (✓) DƯỚI ĐÂY: <input type="checkbox"/> CỰU CHIẾN BINH <input type="checkbox"/> NGƯỜI PHỐI NGẮU <input type="checkbox"/> NGƯỜI KHÁC	
LỢI TỨC SỔ HÀNG THÁNG CỦA NGƯỜI PHỐI NGẮU: \$					

PHẦN II

TÊN HỌ NGƯỜI ĐÚNG ĐƠN:	MỐI LIÊN HỆ VỚI NGƯỜI CỰU CHIẾN BINH:	NGÀY SINH:	SỐ AN SINH XÃ HỘI:	ĐỊA CHỈ:

PHẦN III

Tôi qua văn kiện này cho Ty xã hội được quyền tiết lộ dữ kiện trên đây cho văn phòng phục vụ cựu chiến binh Hạt và cơ quan quản trị cựu chiến binh nhằm mục đích để kiểm chứng và đòi hỏi để có được các phúc lợi có thể có cho người có tên trên đây. đồng thời, tôi cũng cho văn phòng phục vụ cựu chiến binh Hạt và cơ quan quản trị cựu chiến binh quyền tiết lộ các kết luận trạng của họ (được ghi dưới đây).

CHỮ KÝ TÊN (HAY KÝ BẰNG CÁCH GẠCH DẤU) CỦA NGƯỜI CỰU CHIẾN BINH/NGƯỜI PHỤ THUỘC:	NGÀY:	CHỮ KÝ TÊN CỦA NGƯỜI CHỨNG NẾU KÝ BẰNG CÁCH GẠCH DẤU:	NGÀY:

SECTION IV (To be completed by the County Welfare Department and the County Veterans Service Office) (Phần dành để Giới Chức có Thẩm Quyền điền)

The County Welfare Department requests the County Veterans Service Office to:

- Verify any VA benefits received by the veteran and/or dependent(s): Determine veteran/dependent's eligibility for veteran's benefits:

	1-Veteran	2-Claimant	3-Claimant	4-Claimant
Monthly Benefit	\$	\$	\$	\$
Beginning Date (Month/Day/Year)				
Ending Date (Month/Day/Year)				
Lump Sum Payment (Past 6 Months)	\$	\$	\$	\$

- (✓) If monthly benefit is paid, (✓) Eligibility status:
- Compensation No basic eligibility
 - Pension Claim initiated
 - Other (see remarks) Claim being reviewed
 - Includes A & A benefits of \$ _____ Claim denied

REMARKS: (For official use only)

CVSO REPRESENTATIVE: (PRINT)	PHONE #:	DATE:

Name and Address of County Human Services Office