

退伍軍人福利對證及轉介

注意: **不要填寫這份表格除非你知道下列項目之一:**

- 退伍軍人社會安全號碼及生日
- 軍職服務號碼
- 退伍軍人行政管理局(VA)申領號碼

你以及你申請補助的家中任何成員都必須填報社會安全號碼(SSN)給我們。這(些)社會安全號碼是用來決定你是否合格, 不合作會導致福利被駁回或停止。 權威根據: 聯邦規則法例 45 第 205.52條, 和福利及機構法例第 11268(a)條。

Name and Address of County Veterans Service Office

個案姓名:
個案號碼 (包括MEDS補助號碼):
申請人 / 領取人電話號碼:
個案工作人員:
工作人員電話號碼:

第一部份

退伍軍人姓名 (姓, 名, 中間名)	生日:	出生地點:	在世? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若已過世: 過世日期: 過世地點:
退伍軍人地址: (號碼, 街名, 城市名, 州, 郵遞區號)	這位退伍軍人住在你家嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		VA福利申領號碼: _____ 社會安全號碼: _____ 軍職服務號碼: _____	
退伍軍人婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 寡居	退伍軍人是否因為殘障永遠不能工作? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	入伍日期:	退伍日期: 退伍類別: <input type="checkbox"/> 光榮退伍 <input type="checkbox"/> 一般退伍 <input type="checkbox"/> 因醫療退伍 <input type="checkbox"/> 不是光榮退伍 <input type="checkbox"/> 不詳	
退伍軍人每月收入全額: \$	有人被長期看顧嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是, 請在下面劃(✓): <input type="checkbox"/> 退伍軍人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他		這位退伍軍人在服役中受傷或生病而導至現在的殘障嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
配偶每月收入全額: \$	是否有人眼盲, 或是否有家庭成員須要居家照顧餵食, 沐浴, 或著衣? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是, 請在下面劃(✓): <input type="checkbox"/> 退伍軍人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 其他			

第二部份

申領人姓名:	跟退伍軍人的關係:	生日:	社會安全號碼:	地址:

第三部份

我在此授權給福利局將以上資料透露給郡退伍軍人服務辦事處及退伍軍人行政管理局為了指明或得到現有的福利給上面所提到的人士。我也授權給郡退伍軍人服務辦事處及退伍軍人行政管理局將他們的結果透露 (在下面註明)。

退伍軍人/ 眷屬簽名 (或作記號):	日期:	作記號證人簽名:	日期:
--------------------	-----	----------	-----

SECTION IV (To be completed by the County Welfare Department and the County Veterans Service Office)(由郡福利所及郡退伍軍人服務辦事處填寫)

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

<input type="checkbox"/> Verify any VA benefits received by the veteran and/or dependent(s):	<input type="checkbox"/> Determine veteran/dependent's eligibility for veteran's benefits:																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">1-Veteran</th> <th style="width: 15%;">2-Claimant</th> <th style="width: 15%;">3-Claimant</th> <th style="width: 15%;">4-Claimant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">Monthly Benefit</td> <td style="padding: 2px;">\$</td> <td style="padding: 2px;">\$</td> <td style="padding: 2px;">\$</td> <td style="padding: 2px;">\$</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Beginning Date (Month/Day/Year)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ending Date (Month/Day/Year)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Lump Sum Payment (Past 6 Months)</td> <td style="padding: 2px;">\$</td> <td style="padding: 2px;">\$</td> <td style="padding: 2px;">\$</td> <td style="padding: 2px;">\$</td> </tr> </tbody> </table>		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)	\$	\$	\$	\$	<input checked="" type="checkbox"/> If monthly benefit is paid, <input type="checkbox"/> Compensation <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Other (see remarks) <input type="checkbox"/> Includes A & A benefits of \$ _____
	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)	\$	\$	\$	\$																						
<input checked="" type="checkbox"/> Eligibility status: <input type="checkbox"/> No basic eligibility <input type="checkbox"/> Claim initiated <input type="checkbox"/> Claim being reviewed <input type="checkbox"/> Claim denied																										
REMARKS: (For official use only)																										

Name and Address of County Human Services Office

CVSO REPRESENTATIVE: (PRINT)	PHONE #:	DATE:
------------------------------	----------	-------