

STATEMENT OF FACTS FOR IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES**居家支援服務事實陳述書**

注意：您能否獲得《救濟與慈善機構法》（Welfare and Institutions Code）第 12300 款中規定的居家支援服務（IHSS），這將取決於您在該表格中提供的訊息。

1. 申請人訊息		僅供縣級機構填寫	
姓名（名、中間名、姓）		出生日期	
家庭住址		城市	郵編
郵政地址（如果不同）		家庭電話 ()	留言電話 ()
出生地點	社會保障號	MEDI-CAL 醫療卡號碼	
您是否： <input type="checkbox"/> 年滿 65 歲？ <input type="checkbox"/> 殘疾？ <input type="checkbox"/> 失明？			
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 (日期 / /) <input type="checkbox"/> 分居 (日期 / /) <input type="checkbox"/> 喪偶 (日期 / /) <input type="checkbox"/> 離婚 (日期 / /)			
填寫以下內容：			
配偶或父母姓名（如果您未滿 18 歲）			
您的配偶/父母是否： <input type="checkbox"/> 年滿 65 歲？ <input type="checkbox"/> 殘疾？ <input type="checkbox"/> 失明？			
配偶/父母的社會保障號		配偶/父母的住址（如果與申請人的住址不同）	
2. 您是否在加州居住，并打算繼續在此居住？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3. 您是否美國公民？ （如果“是”，請跳至“第 4 項”） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
(A.) 如果您不是美國公民，您是否得到了在美國永久居住的法律許可， 或者可以在美國合法居留？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
(B.) 您的外僑登記號碼是多少？			
(C.) 資助人姓名？			
(D.) 資助人住址？			
4. 您的居住狀況？			
我的住所是： <input type="checkbox"/> 獨立式住宅 <input type="checkbox"/> 一間公寓 <input type="checkbox"/> 一個房間 <input type="checkbox"/> 提供膳食的房間 <input type="checkbox"/> 拖車/房車 <input type="checkbox"/> 其他			
該住所的性質： <input type="checkbox"/> 我擁有/即將購買 <input type="checkbox"/> 我租住 <input type="checkbox"/> 免費居住 <input type="checkbox"/> 膳宿照顧之家			
房東姓名		租金、膳食費和/或還貸金額 \$ _____/月	
地址		城市	郵編
5. 家裡是否還有其他人居住？ （如果“是”，請在下面說明：） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
姓名	關係	年齡	

6. 除了您的住所之外，您、您的配偶或父母是否還擁有其他房產？ 是 否
 (如果“是”，請在下面說明：或者在第 4 頁第 21 項中進行說明。)

地址		城市	縣
州	郵編	地段編號	
估價 \$	房屋貸款總額 \$	每月還貸額 \$	
每年租金 \$	每年保險費 \$	每年評估費 \$	
房產用途？	若用於出租，請說明租金金額。	每月付款中是否含稅？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
其他物業費用		每月付款中是否含保費？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

7. 您、您的配偶或父母是否擁有機動車輛（轎車、卡車、摩托車、船、房車）？ 是 否
 (如果“是”，請在下面說明：)

品牌和型號	年份	估價	若用於下列用途，請勾選		經過改裝，以便於殘疾人使用？
			工作	醫療運輸	

8. 您有多少流動資產？
 (若申請人是未滿 18 歲的殘疾兒童或盲童，請將監護該兒童的父母的資產包括在內，並說明是否有專用於您或您的直系親屬的喪葬費的資產。)

流動資產	(✓) 若沒有	在擁有人下方填寫金額			(✓) 用於喪葬
		自己擁有	配偶/父母擁有	共同擁有	
手頭和/或家裡存放的現金		\$	\$	\$	
支票帳戶		\$	\$	\$	
儲蓄帳戶、信用社信託基金		\$	\$	\$	
支票或銀行保險箱中的現金		\$	\$	\$	
股票、債券、共同基金債券、抵押貸款或契據		\$	\$	\$	
個人退休金帳戶 (IRA)、定期存單、短期債務票據		\$	\$	\$	
其他 (請說明)：		\$	\$	\$	

9. 您、您的配偶或父母 (若申請人未滿 18 歲) 是否擁有總價值超過 2,000 美元的個人物品或家庭財物？
 (例如家庭陳設品、衣物、珠寶等。)(如需更多填寫空間，請在第 21 項中進行填寫。)
 (如果“是”，請在下面說明：)(不包括康復儀器和設備。)

描述	當前市場價值	擁有金額
A.	\$	\$
B.	\$	\$
C.	\$	\$

10. 您、您的配偶或父母是否擁有人壽保險？ 是 否
 (如果“是”，請在下面說明：)

所有人姓名	被保險人姓名	保險公司的名稱和地址		
保單號碼	保單總面值	退保金價值	保單購買日期	若存在保單抵押貸款，金額為多少

11. 您、您的配偶或父母是否擁有喪葬基金、保險、信託、墓地或合同？ 是 否
 (如果“是”，請在下面說明：)

各項的所有人	各項名稱	各項的總購買價格	各項擁有金額	公司/出售方的名稱和地址
			\$	
			\$	

12. 過去 36 個月，您、您的配偶或父母（若是未成年人）是否出售、轉讓或贈送過任何財產，包括錢幣？ 是 否
 (如果“是”，請在下面說明：)

描述	轉讓日期	估值	收到金額
		\$	\$
		\$	\$

13. 您或您的配偶是否受雇於他人或者從事自營職業？ (如果“是”，請在下面說明：)
 (若申請人是未滿 18 歲的盲童或殘疾兒童，請把父母的受雇情況包括在內。) 是 否

雇主姓名	雇主地址		
職業	每日工資總額 \$	多久付一次工資？	

若是從事自營職業，請附上所有常規的和必要的商業開支、本金付款、產權負擔和個人所得稅的證明資料。

14. 您、您的配偶或父母是否擁有商用設備存貨或原材料？ 是 否
 (如果“是”，請在下面說明：)

描述	用途	估價	擁有金額
		\$	\$
		\$	\$

15. 如果您是一位有工作的盲人或殘疾人，您是否因為失明或殘疾而產生與工作有關的支出？
 (如果“是”，請在下面說明：) 是 否

上下班的交通費 \$	為準備工作而購買物品或服務的成本 \$	完成工作所需的物品或服務的成本 \$
---------------	------------------------	-----------------------

16. 列出每月除工作以外的其他收入。若申請人是未滿 18 歲的盲童或殘疾兒童，請把負責監護該兒童的父母的收入計算在內。

收入類型	(✓) 無	填入每月收到的金額：		申領號碼
		自己	配偶/父母	
A. 社會保障 (退休、遺屬、殘疾保險)		\$	\$	
B. 現金捐助		\$	\$	
C. 州立傷殘/失業保險		\$	\$	
D. 退伍軍人津貼/補償		\$	\$	
E. 退伍軍人補助和陪護/無法外出者補助		\$	\$	
F. 政府養老金		\$	\$	
G. 個人和/或軍隊退休金		\$	\$	
H. 扶養費，子女撫養費		\$	\$	
I. 租賃收入		\$	\$	
J. 利息、分紅、版稅		\$	\$	
K. 鐵路退休金		\$	\$	
L. 工傷賠償金		\$	\$	
M. 撫養未成年子女家庭補助 (AFDC)		\$	\$	
N. 其他：(請說明)		\$	\$	

17. 您、您的配偶或父母是否申請過“第 16 項”中列出的收入，或者您是否預計將開始領取此類收入？ 是 否
 (如果“是”，請在下面說明：)

收入類型	申請地點	申請日期	預計日期

18. 您、您的配偶或父母在過去 3 個月中是否產生過醫療費用，并希望為這些費用申請 MEDI-CAL 醫療補助？ 是 否

19. (A) 您、您的配偶或父母是否在接受非現金形式的、與租房、食品、衣物或其他必需品有關的禮物或捐贈？ 是 否
 (B) 您、您的配偶或父母是否在接受非現金形式的勞動報酬？ 是 否
 (如果“(A)”或“(B)”的答案為“是”，請在下面說明：)

捐贈項目	多久接受一次	折合現金
		\$
		\$

20. 您、您的配偶或父母是否有醫療保險或住院保險（包括由雇主支付的款項）？ 是 否
 (如果“是”，請在下面說明：)

保險人 (勾選適用的選項)	被保險人
<input type="checkbox"/> MEDICARE 醫療保險計畫 (申領號碼)	
<input type="checkbox"/> 軍隊文職人員保健醫療計畫 (CHAMPUS)	
<input type="checkbox"/> 退伍軍人管理局保障計畫	
<input type="checkbox"/> KAISER	
<input type="checkbox"/> ROSS—LOOS	
<input type="checkbox"/> BLUE SHIELD	
<input type="checkbox"/> BLUE CROSS	
<input type="checkbox"/> 預付費保健計畫	
<input type="checkbox"/> 保健機構 (請說明：)	
<input type="checkbox"/> 其他保險人 (請說明：)	

21. 項目編號 附加訊息 (必要時可添加紙張)

僅供縣級機構填寫

預期收入
 如何審核：
 a. _____
 b. _____
 c. _____

實物收入
 30-775.11
 如何審核： _____

保費支付
 支付金額：\$ _____
 支付週期： _____
 如何審核： _____

SOC 310 審核
 符合條件 不符合條件
 原因 (如果不符合條件)

社工： _____
 日期： _____

請務必逐一閱讀每項內容，並回答所有適用於您的問題。簽字前請認真閱讀以下內容：

- 我在此簽字聲明，據我所知，以上答案均真實無誤。
- 我同意，若我的收入、職業、支出、住所人數或住址有任何變動，我將在 10 日內通知縣社會服務部。我還同意，我將履行我所收到的“MEDI-CAL 義務清單”中所載的其他一切義務。
- 我知道我可能會被要求證明我的陳述，法律要求縣級機構對這些資料加以保密。
- 我知道，如果我對縣社會服務部的任何行為感到不滿，我有權要求舉行州聽證會。
- 我明白，我必須在六個月內 (若是房產) 或三個月 (個人財物) 處理掉多餘資產，並用處理資產所得的收入返還多支付的款項。
- 我明白，如果我符合接受 IHSS 服務的資格，只要我支付應付的 IHSS 自付額，我就能在不支付分攤成本的情況下領取一張 MEDI-CAL 醫療卡。
- 我明白，根據聯邦法律和州法律的要求，若沒有未亡配偶、未成年子女、永久或完全殘疾的子女，則 55 歲後領取的 MEDI-CAL 保障金將從 MEDI-CAL 受益人的財產中予以追回。

本人在下方簽名，保證以上陳述均證實無誤，否則願意依照偽證罪接受懲罰。

申請人簽名	日期	證人簽名 (若申請人以畫押方式簽字)	日期
申請人代表簽名 (關係：父母、監護人、保護人)	日期	幫助申請人填寫表格者簽名	日期