

نموذج إحالة لبرنامج التقييم التشخيصي

الحالة الاجتماعية			
المنطقة	الفئة	رقم التسجيل	المقاطعة

الضمان الاجتماعي	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	تاريخ الميلاد	اسم العميل
رقم الهاتف	العنوان		

لقد تقدمت مؤخرًا بطلب للحصول على مساعدات نقدية (CA) و/أو مساعدات طبية (MA)، وأشارت أنك من ذوي الاحتياجات الخاصة. كشرط أهلية للاستفادة من مزايا المساعدات النقدية أو الطبية، يجب أن تتقدم بطلب الحصول على المزايا الفدرالية لذوي الاحتياجات الخاصة (دخل الضمان التكميلي، وضمان التأمين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة)، وذلك من خلال إدارة الضمان الاجتماعي.

هذا النموذج يحتوي على إفادة أدناه توضح نيتك في التعاون مع كل من مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO) وإدارة الضمان الاجتماعي كي تحصل على مزايا دخل الضمان التكميلي، وضمان التأمين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة. بالتوقيع على هذه الاتفاقية وإعادتها إلى مكتب المساعدات بالمقاطعة، لا يمكنك تقديم طلب إلى إدارة الضمان الاجتماعي قبل أن يصرح لك مكتب المساعدات بالمقاطعة بالحصول على مزايا المساعدات النقدية أو الطبية.

إن كنت لا ترغب في توقيع هذا النموذج، يجب أن تتأكد أنك قد تقدمت بطلب للحصول على مزايا دخل الضمان التكميلي وضمان التأمين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، كي يوافق مكتب المساعدات بالمقاطعة على مزايا المساعدات النقدية أو الطبية الخاصة بك، أو تواصل الحصول عليها. يمكنك تقديم طلب للحصول على مزايا دخل الضمان التكميلي وضمان التأمين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، من خلال الاتصال بإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم: 1-800-772-1213، أو التقديم عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني www.SSA.gov.

إذا كنت قد تقدمت فعلاً بطلب للحصول على مزايا دخل الضمان التكميلي وضمان التأمين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، يرجى إكمال البند التالي:

ضمان التأمين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة (SSDI)	دخل الضمان التكميلي (SSI)	سجل تقديم طلب لذوي احتياجات خاصة
هل تقدمت بطلب للحصول على هذه الميزة؟	هل تقدمت بطلب للحصول على هذه الميزة؟	هل تقدمت بطلب للحصول على هذه الميزة؟
<input type="checkbox"/> نعم - التاريخ	<input type="checkbox"/> نعم - التاريخ	<input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا
مرفوض - التاريخ:	مرفوض - التاريخ:	الطلب الحالة، إن وجد:
مقبول - التاريخ:	مقبول - التاريخ:	
يُنْتَظَر البت فيه - تاريخ/وقت المقابلة:	يُنْتَظَر البت فيه - تاريخ/وقت المقابلة:	
غير معروف	غير معروف	
تلقينته سابقاً ولكنه انتهى	تلقينته سابقاً ولكنه انتهى	
<input type="checkbox"/> نعم - التاريخ	<input type="checkbox"/> نعم - التاريخ	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا	
إذا كانت الإعانات قد رفضت، هل قدمت طعنًا؟	إذا كانت الإعانات قد رفضت، هل قدمت طعنًا؟	
<input type="checkbox"/> نعم - التاريخ	<input type="checkbox"/> نعم - التاريخ	
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> لا	
حالة الطعن، إن وجد:	حالة الطعن، إن وجد:	
يُنْتَظَر البت فيه	يُنْتَظَر البت فيه	
مرفوض - التاريخ:	مرفوض - التاريخ:	

اتفاقية عميل - أوافق على التعاون مع كل من مكتب مساعدات المقاطعة وإدارة الضمان الاجتماعي من أجل الحصول على المزايا الفدرالية لدخل الضمان التكميلي وضمان التأمين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة. أتفهم أن تعاوني يعني أنني سأقدم بطلب للحصول على مزايا دخل الضمان التكميلي وضمان التأمين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة وأن أقدم بطعن إن رفضت إدارة التأمين الاجتماعي طلبي المبدئي.

التاريخ

توقيع العميل