CAO ADDRESS

pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DAP 转荐信

案 件			
Co.	记录号码	类别	区编码

客户名字	出生日期	性别 ☐男 ☐女	社会安全号
地址			电话号码

您近期申请了现金援助(CA)和/或医疗补助（MA）福利，并表明您身患残疾。根据现金援助(CA)以及医疗补助（MA）福利资格条件，您必须通过社会安全局（SSA）申请联邦残联（SSI/SSDI）福利。

此表包括以下的声明，该声明指出您愿意配合郡补助办公室（CAO）以及社会安全局（SSA）两个机构来获得联邦残联（SSI/SSDI)福利。如果您在本同意书上签名并将其寄回给郡补助办公室（CAO），那么在郡补助办公室（CAO）批准给予您现金援助(CA)或是医疗补助（MA）福利之前您无须向社会安全局（SSA）提交申请。

如果您不想签署此表，您必须证明您曾经申请过联邦残联（SSI/SSDI) 福利以便郡补助办公室（CAO）确定是否批准或是继续您的现金援助(CA)或医疗补助（MA）福利。您可以致电社会安全局（SSA）电话1-800-772-1213或者登陆其网站www.ssa.gov提交申请。

如果您曾经申请过联邦残联（SSI/SSDI）福利，请完成以下部分：

残障申请历史	社会安全补助金(SSI)	社会安全残障保险(SSDI)
您有没有申请过本项福利？	☐没有 ☐有: 日期:	☐没有 ☐有: 日期:
如有申请，申请的状态是：	☐被拒绝: 日期: _____ ☐已获批: 日期: _____ ☐待决 日期/面谈时间: _____ ☐未知	☐被拒绝: 日期: _____ ☐已获批: 日期: _____ ☐待决 日期/面谈时间: _____ ☐未知
是否曾经接受过福利但已中止？	☐没有 ☐有: 日期:	☐没有 ☐有: 日期:
如果福利被拒绝，您是否有提出申诉？	☐没有 ☐有: 日期:	☐没有 ☐有: 日期:
如有申诉，其状态是：	☐待决 ☐被驳回: 日期:	☐待决 ☐被驳回: 日期:

客户同意条款-本人同意配合郡补助办公室以及社会安全局（SSA）来获得联邦残联（SSI/SSDI)福利。本人明白这样的配合意味着本人将申请联邦残联（SSI/SSDI)福利，并且如果社会安全局（SSA）不批准本人的初次申请的话，本人将提出申诉。

_____ 客户签名　　_____ 日期