

来访者基本信息									
名字					姓氏				
社会安全卡号				-			-		
出生日期			/			/			(年/月/日)
性别	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 非二元性别								
地址									
市					邮政编码				
电子邮件					家庭电话				
手机					工作电话				
紧急联系人信息									
姓名					与你的关系				
电话									
个人统计信息									
种族划分 (请选一项)	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔				<input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉丁裔				
种族 (请选择所有适用项)	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民		<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人		<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛民				
	<input type="checkbox"/> 亚洲人		<input type="checkbox"/> 白人		<input type="checkbox"/> 多种族		<input type="checkbox"/> 其他		
你的英语能力有限制吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		第一语言				原国籍		
你目前的公民身份?			<input type="checkbox"/> 美国公民		<input type="checkbox"/> 合法永久居民			<input type="checkbox"/> 其他	
基本情况评估									
你有残疾吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 我选择不回答						
你有什么类型的医保 (打勾所有适用项)?	<input type="checkbox"/> 无		<input type="checkbox"/> Medicare		<input type="checkbox"/> MassHealth				
	<input type="checkbox"/> 军人医疗保险		<input type="checkbox"/> 直购保险		<input type="checkbox"/> 雇员医疗保险				
你的住房状况	<input type="checkbox"/> 租房		<input type="checkbox"/> 无固定住所 (露宿街头、避难所)			*必须填写住房自我申报表*			
	<input type="checkbox"/> 自有房屋		<input type="checkbox"/> 与朋友或家人共住						
	<input type="checkbox"/> 其它永久性的房屋								
你在美国服役过吗?			<input type="checkbox"/> 有, 服役中		<input type="checkbox"/> 有, 合格的退伍军人			<input type="checkbox"/> 没有	
就业评估									
如果你年18岁或以上, 你现在的就业状况如何?	<input type="checkbox"/> 全职工作		<input type="checkbox"/> 雇用, 兼职						
	<input type="checkbox"/> 短期失业, 不到6个月		<input type="checkbox"/> 长期失业, 6个月以上						
	<input type="checkbox"/> 失业, 没工作 (未找工作)		<input type="checkbox"/> 流动季节性农民工		<input type="checkbox"/> 退休				

在过去 12 个月里		从来没有	有时	总是
我很担心在我们有钱购买更多食物之前，我们的食物会吃完		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我们买的食物没有持续很久和我们没有钱去买更多的食物		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
你是有□□□的家□/一个或多个孩子的□□人？			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
福利评估				
你有家人获得以下非现金福利吗？				
粮食券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	永久性资助房屋	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	
WIC	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	HUD-VASH (退伍军人)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	
燃料补助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	托儿所津贴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	
第八类房屋津贴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	平价医疗法案津贴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	
政府房屋	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	其他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	
教育评估				
你的最高学历是？				
<input type="checkbox"/> 小学或中学肄业		<input type="checkbox"/> 12+ 大学毕业		
<input type="checkbox"/> 高中肄业		<input type="checkbox"/> 2 年制大学毕业		
<input type="checkbox"/> GED		<input type="checkbox"/> 4 年制大学毕业生		
<input type="checkbox"/> 贸易/技校毕业生		<input type="checkbox"/> 研究生学位		
<input type="checkbox"/> 高中毕业				

信息披露和申报的准确性 (适用于来访者和员工)

我, _____ [打印名称], 理解波士顿社区发展机构 (ABCD) 将会保护我提供的个人与财务资料的机密性; ABCD 可以与其内部职员或代表 ABCD 行事的个人共享信息, 前提是此等共享是向我提供服务、让我知晓 ABCD 计划、服务和倡议最新动向及其管理其计划所必需的。ABCD 可依据 ABCD 资金来源的要求和/或为了内部或外部审计、监督、调查或评估而披露信息, 也可对法律、司法程序或法院命令批准或要求的情况进行披露。出于任何其他目的, ABCD 仅可在我的书面同意情况下披露信息。

我特此证明, 据我所知及所信, 这份声明中所提供的信息真实准确。我知道如本声明中提供不实之处可能构成欺诈行为。此外, 误导性或不完整的信息可能会导致被拒绝或终止服务。

Client Signature: _____ Date: _____ / _____ / _____

Staff Person Signature: _____ Date: _____ / _____ / _____



收入来源自我申报

什么是收入来源自我申报表?

- 收入来源自我申报表可以帮助确认个人在每一财政年度的资格 (10月1日至9月30日)
- 这些信息在每个财政年度的第一次来访时采集,并在你的家庭状况出现变更时进行更新
- 如果你不能提供相关文件,则将按此申报表来计算你的个人收入.
- 来访者和 ABCD 工作人员必须在此收入来源自我申报表上签名并注明日期

说明:

- 指定收到的金额,并选择领取频率

(请选择所有适用项)

收入来源	金额	每周	每隔一周	每月两次	每月一次	每年
工作、打零工或季节性工作赚取的工资	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自雇工资	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失业保险	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
工伤赔偿	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不动产或个人财产的租金收入	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
公共援助 (例如: 贫困家庭临时援助、EADEC 等, 不含 SNAP)	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
社会保障/ SSI/ SSDI	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
赡养费或子女抚养费	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
养老金或退休收入	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
利息或股息支付	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
信托/地产收入	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
退伍军人或遗属津贴	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教育援助	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他收入来源 (如: 捐款或其他人的礼品等)	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
没有收入: 我现在没有任何形式的收入, 我的财务状况不会发生即时的变化						<input type="checkbox"/>

本人特此证明据本人个人所知所信, 此文件内容真实准确。如有不实甘受伪证罪之罚。签署人已经了解, 提供虚假陈述构成本文欺诈行为。虚假、误导性或不完整的信息也可导致服务终止。

你的姓名 (正楷)

你的签名

日期

ABCD Staff Signature

Date