

社会服务部
核查清单

_____ 县家庭儿童服务部

姓名: _____
地址: _____

立案/承办: _____
案件号码: _____
邮寄日期/建档日期: _____

以下核查文件必须在 _____ 之前收到。如果没有这些文件, 我们可能无法确定你的资格。你的申请或个案可能会被拒绝或关闭, 或某些成员可能不符合资格。你可传真你的文件到 _____ 或送回到你当地的家庭儿童服务部办公室。如果你不能或得所要求的文件, 或者您需要更多的时间, 请通过信件或打电话到 _____ 联系家庭儿童服务部的工作人员。

食品券	医疗补助	贫困家庭临时援助		食品券	医疗补助	贫困家庭临时援助	
			支票存根或雇主证明: 提供 _____ 期间的工资单:				家庭的社会保障来源、补充保障收入、退伍军人或失业救济金、子女抚养费、工人赔偿或其他收入证明:
			公民/外国人身份的证明:				给予你的家庭金钱、子女抚养费或其他援助的相关人士所签署的声明。
			社会安全号码/申请号证明:				其他: (任何确定是否有资格的核查)
			身份的证明:				

携带或邮寄以下标明的证明文件, 否则我们将不会在食品券中扣除这些费用, 我们或许不能确定你的贫困家庭临时援助或医疗补助的资格。。

仅限食品券	仅限医疗补助	仅限贫困家庭临时援助
<input type="checkbox"/> 目前租金/按揭付款	<input type="checkbox"/> 有关缺席父母的信息:	<input type="checkbox"/> 有关缺席父母的信息:
<input type="checkbox"/> 房主的保险和/或缴税	<input type="checkbox"/> 申请证明:	<input type="checkbox"/> 申请证明:
<input type="checkbox"/> 目前的天然气、电力、电话或其他公用事业费用	<input type="checkbox"/> 医生或保健提供者证实怀孕和预产期的证明:	<input type="checkbox"/> 医生或保健提供者证实怀孕和预产期的证明:
<input type="checkbox"/> 医疗费用(医生、交通、处方、医疗保险、保险费、住院):	<input type="checkbox"/> 医疗费用(医生、交通、处方、医疗保险、保险费、住院):	<input type="checkbox"/> 免疫记录:
<input type="checkbox"/> 法定的儿童抚养义务的费用金额和为不在你自己的家居住的人支付的费用	<input type="checkbox"/> 公民身份证明:	<input type="checkbox"/> 法定的儿童抚养义务的费用金额和为不在你自己的家居住的人支付的费用
<input type="checkbox"/> 托儿费用:	<input type="checkbox"/> 其他健康保险或第三者责任的证明:	<input type="checkbox"/> 托儿费用:
<input type="checkbox"/> 其他(居住等)	<input type="checkbox"/> 其他:	其他:(产前检查证明、当前银行对帐单等)