

保健福祉省
証明チェックリスト

_____ 郡の家族・児童サービス局

氏名 _____

ケースマネージャー/ケースロード: _____

住所 _____

ケース番号: _____

郵送/提出日: _____

下記にチェックしたものは _____ までに提出すること。これらの提出がなければ、当局では貴方の受領資格を決定することができません。貴方の申請または審議中のケースが却下もしくは終了されたり、家庭内の誰かが受領資格を失う可能性もあります。情報をファクシミリ送信する際の番号: _____。もしも必要な情報が入手できなかったり、もっと時間が必要な場合は、貴方のワーカーに電話: _____ または手紙にて知らせてください。

フードスタンプ	メディケイド	TANF		フードスタンプ	メディケイド	TANF	
			チェックの控えまたは雇用主からの供述書: 下記期間について __の控えを提出すること:				下記についてのソーシャル・セキュリティ、SSI、退役軍人または失業手当、育児扶助、労働者災害補償、またはその他の家庭への収入の証明:
			下記についての市民権/外国人身分証明:				貴方の家庭に対し金銭、育児扶助、その他の助けを与えている人(達)からの、署名と日付を明記した供述書
			下記についてのソーシャル・セキュリティ番号/番号の申請:				その他(資格を決定するにあたり必要とされる証明)
			下記についての身分証明書:				

下記にチェックしたものを直に提出するか郵送すること。怠った場合、出費はフードスタンプの控除に使用されず、貴方の TANF またはメディケイドの受領資格の決定ができない場合があります。

フードスタンプのみ	メディケイドのみ	TANFのみ
<input type="checkbox"/> 現在の家賃/住宅ローン	<input type="checkbox"/> 下記の者の不在の親についての情報:	<input type="checkbox"/> 下記の者の不在の親についての情報:
<input type="checkbox"/> 住宅所有者保険および/または税金支払い	<input type="checkbox"/> 下記の者についての申請証明:	<input type="checkbox"/> 下記の者についての申請証明:
<input type="checkbox"/> 現在のガス、電気、電話、その他の公共料金	<input type="checkbox"/> 下記の者について内科医あるいは医療提供者が提供する妊娠と出産予定日の証明:	<input type="checkbox"/> 下記の者について内科医あるいは医療提供者が提供する妊娠と出産予定日の証明:
<input type="checkbox"/> 下記の者に対する医療費(内科医、交通費、処方薬、医療保険、プレミアム、入院費):	<input type="checkbox"/> 下記の者に対する医療費(内科医、交通費、処方薬、医療保険、プレミアム、入院費):	<input type="checkbox"/> 下記の者についての予防接種の記録:
<input type="checkbox"/> 貴方の家庭外の誰かに対し支払われた法的義務のある育児扶助の金額	<input type="checkbox"/> 下記の者についての市民権宣言書:	<input type="checkbox"/> Legal obligation of amount of child support due and paid for someone not in your home
<input type="checkbox"/> 下記の者のための育児出費:	<input type="checkbox"/> 下記の者についてのその他健康保険または第三者賠償責任保険:	<input type="checkbox"/> 下記の者についての育児扶養出費:
<input type="checkbox"/> その他:(居住権など)	<input type="checkbox"/> その他:	その他:(妊婦検診証明、現在の銀行取引明細書等)