

## בענעפיט בארעכטיגונג פרעגבויען

<b>א. אינפֿארמאציע וועגן דעם מענטש</b>		
גאנץ געבורט נאָמען	געבורט טאָג	סאַציאַל סעקורטי נומער
אַרט פון געבורט (שטאַט, שטעיט און צושטעפן אַ קאַפּיע פון דעם געבורט צערטיפּיקאַט פון דעם מענטש)		י.ו. עס. וועטעראַן? <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יאָ
חתונה סטאַטוס	מאַן/פּרוי נאָמען	טאָג און אַרט פון חתונה / גט
<p>ניין <input type="checkbox"/> יאָ <input type="checkbox"/> י.ו.עס. סיטיזען            אויב ניין, ביטע צושטעפן דערווייז פון דעם מענטש'ס א-נומער, די טאָג פון אריינקומען און די פּאַרט פון אריינקומען. ביטע צושטעפן אַ קאַפּיע פון ביידע זייטן פון קיין באַשעפטיקונג דערלויבעניש אָדער שטענדיק רעזידאַנט קאַרט אָדער פון קיין אנדערע דאָקומענטן וואָס דערקלערט דעם מענטש'ס קראַנט אימאַגריישאַן סטאַטוס.</p>		
<p>איז עס אַ געריכט באַשטימט לעגאַל גאַרדיאַן, אַלטערנאַטיוו אָדער סטאַנדבײַ גאַרדיאַן, קאָנסערוואַטאָר אָדער קאַמיטי פאַר דעם מענטש?            אויב יאָ, געבן דעם נאָמען און אַדרעס (צולייגן קאַפּיעס פון די לעגאַל פּאַפּירן): <input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יאָ</p>		
<p>ניין <input type="checkbox"/> יאָ <input type="checkbox"/> אויב דער מענטש איז אונטער עלטער 21, לעבן זיי מיט זייער עלטערן?</p>		
<p>האַט דער מענטש מעדיקייד?            ניין <input type="checkbox"/> יאָ <input type="checkbox"/> קליענט אידענטיפיקאַציע נומער (CIN) _____ אויב יאָ            אויב ניין, פאַרענדיקן די פאלגענדע: <input type="checkbox"/> יאָ <input type="checkbox"/> ניין איז אַ מעדיקייד אפליקאַציע אריינגעגעבן? אויב ניין            אַפלייקענונג טאָג _____ טאָג פון אפליקאַציע            אַפלייקענונג סיבה _____</p>		
<p>פאַרשריבונג טאָג _____ איז דער מענטש פאַרשריבן אין די HCBS ווייווער?            ניין <input type="checkbox"/> יאָ <input type="checkbox"/> האט אַ HCBS ווייווער אפליקאַציע געווען אריינגעגעבן פאַר די _____ מענטש? טאָג פון אפליקאַציע            אויב ניין <input type="checkbox"/> יאָ <input type="checkbox"/> אַפלייקענונג טאָג _____ אַפלייקענונג סיבה _____</p>		
<p>וועלכער באַדינונגען בעט/באַקומט דער מענטש? אַרייננעמען אַלע באַדינונגען צוגעשטעלט דורך אַלע אַגענטורן:</p>		
<b>ב. אינפֿארמאציע וועגן דעם מענטש'ס האַכנאַסע</b>		
<p>צי דער מענטש באַקומען האַכנאַסע פון קיין מקור?            ניין <input type="checkbox"/> יאָ <input type="checkbox"/> אויב יאָ, פאַרענדיקן די פאלגענדע וועגן אַלע מקורות פון האַכנאַסע וואָס דער מענטש באַקומט אין די לעצטע 3 חדשים:</p>		
<b>האַכנאַסע מקור</b>	<b>ווער באַקומט?</b>	<b>פּאָדערן נומער</b>
סאַציאַל סעקורטי		\$
SSI (סאַפּלאַמענאַל זיכערהייט האַכנאַסע)		\$
אנדערע בענעפיטן		\$
		\$
<p>ניין <input type="checkbox"/> יאָ <input type="checkbox"/> איז דער מענטש אַמאָל געווען אנגעשטעלט אדער האט ער באַקומען לויין (אַריינגערעכנט לויין פון אַ וואַרשאַפּ)?            ניין <input type="checkbox"/> יאָ <input type="checkbox"/> אויב יאָ, איז דער מענטש איצט אַנגעשטעלט?            אויב יאָ, פאַרענדיקן די פאלגענדע וועגן די קראַנט באַשעפטיקער/ס אנדערע עמפּלוייערס, און כּוידעשלעך גראַס לויין אין די לעצטע 3 חדשים.</p>		
עמפּלוייער/ס	אַדרעס	גראַס לויין

**ג. אינפֿארמאציע וועגן דעם מענטש'ס פֿארמאָגן**

ענטפֿער די פאלגענדע פראַגע בלויז אויב דער מענטש וועט וואונען אין אַן ICF:

האט דער מענטש פארקויפט, געגעבן אַוועק אָדער איבערגעגעבן קיין געלט, גרונטייגנס, אָדער אנדערע פֿארמאָגן אין די לעצטע 60 חדשים?

ניין  יא

אויב יא, לייגט צו א בויגן מיט דעטאלן, אריינגערעכנט דעם סארט פֿארמאָג, ווערט, צו וועמען די פֿארמאָג איז פארקויפט/געגעבן/אריבערגעפֿירט געווארן, די דאטום פון די טראַנזאַקציע און די סומע פֿאַר וועלכע די פֿארמאָג איז פארקויפט געוואָרן.

האָט דער מענטש געשטעלט קיין פֿארמאָגן אין א טראַסט אָדער האָבן קיין אויסצאלן געמאַכט פון א טראַסט געגרינדעט פֿאַר דעם מענטש'ס בענעפיט?

ניין  יא

אויב יא, צושעפען א קאָפּיע פון דעם טראַסט דאָקומענט אָדער א בלאַט מיט דעטאילס וועגן דעם טראַסט, אריינגערעכנט די מקור פון די געלט, די נאָמען פון די טראַסטי, אָרט פון די טראַסט, חשבון נומער און די ווערט פון די טראַסט.

צי האָט דער מענטש קיין באַנק קאָנטע/ס, קרעדיט יוניאן חשבון/ות צערטיפּיקאַטן פון דעפּאָזיט, אַנואַטי, 401(k), אנדערע ריטייערמאַנט חשבון, סטאַקס, באַנדס, סיקיוראַטיז אָדער אינטערעס אין לאַנד פֿארמאָג?

ניין  יא

אויב יא, צושעפען קאָפּיעס (צושעפען א בלאַט אויב איר דאַרף פֿאַר נאָך פֿארמאָגן אָדער דעטאילס):

**פֿארמאָג 1****פֿארמאָג 2**

טיפ פון פֿארמאָג

נאָמען פון מענטש באַקומן באַנק סטייטמאַנץ אָדער האַלטן רעקאָרדס

קראַנט פֿארמאָג ווערט

אויב יא, צושעפען א קאָפּיע פון די לעצטע סטייטמאַנט. ניין  יא  איז דא א קבורה פאָנד פֿאַר דעם מענטש?

צי האָט דער מענטש א פֿרי-ניד לעווייע קאָנטראַקט, א קבורה טראַסט, א קבורה פּלאַץ אָדער אנדערע קבורה פּלאַץ זאַכן?

ניין  יא

אויב יא, צושטעלן דעטאילס (צולייגן א קאָפּיע פון דעם קאָנטראַקט):

**ד. צוקונפֿט האַכנאַסע אָדער פֿארמאָגן פֿאַר דער מענטש**

צי האָט דער מענטש אַן אינטערעס אין, מעגלעך אינטערעס אין, אָדער ערוואַרטעט צו באַקומען א ירושה, געלט פון א משפּט, טראַסט פּאָנד אָדער אנדערע פֿארמאָג?

ניין  יא

אויב יא, באַשרייבן די פֿארמאָג אונטן (צושעפען א בלאַט מיט דעטאילס):

**ה. אינפֿארמאציע וועגן דעם מענטש'ס לעבן פֿאַרזיכערונג (לייפ אינשוראַנס)**

אויב יא, פֿאַרענדיקן די פאלגענדע (צולייגן א קאָפּיע פון די פּאָליטיק): ניין  יא  איז עס אַ לעבן פֿאַרזיכערונג אויף דעם מענטש?

פֿאַרזיכערונג פֿירמע נאָמען און אַדרעס

פּאָליטיק נומער/ן

פּייס ווערט \$

נאָמען און אַדרעס פון דער מענטש וואָס האַלט די פּאָליטיק

**ו. אינפֿארמאציע וועגן דעם מענטש'ס געזונט פֿאַרזיכערונג (העלט אינשוראַנס)**

פֿאָדערן נומער	עפּעקטיוו דאַטע	האט דער מענטש מעדיקייר?
		ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/>
		ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/>
		ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/>
		ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/>
		ניין <input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/>

מעדייקר אדוואַנטידזש פלאַן נאָמען, אַדרעס און טעלעפאָן נומער

איז דער מענטש באדעקט דורך אנדערע געזונט פאַרזיכערונג? ניין  יא   
 אויב יא, ביטע לייג אַ קאָפּיע פון די פאַרזיכערונג באַווייזן, פאַליטיק, ביכל אַדער קאַרט (פּראָנט און הינטער) און פאַרענדיקן די פּאלגענדע:

פאַרזיכערונג פּירמע נאָמען און אַדרעס

פאַליטיק נומער

גרופע נומער

אנדערע  
אידענטיפיצירן

עפעקטיוו דאַטום פון באַדעקונג

נאָמען פון באַשריבינער

נאָמען און אַדרעס פון גרופע / באַלעבאַס

## ז. אידענטיפיצירן אינפֿאַרמאַציע וועגן די עלטערן און מאַן/פּרוי פון דעם מענטש

	טאַטע-מאַמע 1	טאַטע-מאַמע 2	מאַן/פּרוי
פול נאָמען ביי געבורט/מיידלש נאָמען			
געבורטס טאג			
אַרט פון געבורט (שטאַט, סטעיט)			
סאַציאַל סעקוריטי נומער			
י.ו. עס. סטיזען	<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא
י.ו. עס. וועטעראן אויב יא, צושטעלן: סיריאל נומער פאַדערן נומער	<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא
באקומען דיסאַביליטי/רעטירעמענט בענעפיט	<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא	<input type="checkbox"/> ניין <input type="checkbox"/> יא
דאַטע פון דיסאַביליטי/ריטייערמאַנט			
טאַג און אַרט פון טויט, אויב אָנווענדלעך			

## ח. פינאַנציעלע פאַרטערטער פאַר דער מענטש

איז עס אַן אנדערע מענטש/וואָס האָט פינאַנציעל אינפֿאַרמאַציע וועגן דעם מענטש?  
 אויב יא, צושטעלן די אינפֿאַרמאַציע אונטן (צוטשעפּען אַ בלאַט אויב איר דארף):

נאָמען		

חתימה פון מענטש פאַרענדיקן פאַרעם

שרייב  
נאָמען קלאַר

באַציונג צו מענטש

טאַג

היים  
טעלעפאָן

מאַביל  
טעלעפאָן

אַרבעט  
טעלעפאָן

בליצ  
פאַסט