

מדינת מרילנד – טופס פניה לעזרה פיננסית אינפורמציה על אודותיך

שם פרטי _____ שם משפחה _____
אמצעי _____ שם משפחה _____
מס' ביטוח לאומי _____ - - _____
אזרח ארה"ב _____ כן _____ לא _____
נשוי/ה _____ פרוד/ה _____
כן _____ לא _____
טלפון _____
כתובת הבית _____

עיר _____ מדינה _____ מיקוד _____ מדינה _____
שם המעסיק _____
כתובת העבודה _____

עיר _____ מדינה _____ מיקוד _____
בני משפחה: _____

שם	גיל	יחס
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

האם פנית לעזרה רפואית? כן _____ לא _____
אם כן, מה היה תאריך הפניה? _____
אם כן, מה הייתה הקביעה? _____

האם את/ה מקבל סוג כלשהו של עזרה מהמדינה או מהמחוז? כן _____ לא _____

הפונים צריכים להגיש את כל הדוקומנטים הנדרשים באותו משלוח דואר אל:

בון סקור תכנית עזרה פיננסית
ת.ד. 742431
אטלנטה, ג'ורג'יה 30374-2431

