



# 经济条件困难证明

## 县级服务区域表 998-B

### 账户持有者信息

以下区域由县级服务区域内账户持有人填写完整

账户号码		服务地址	
账户持有者姓名		初级护理服务接受人	
申请付款安排的账单日期		申请付款安排的账单金额	
如下哪项援助项目是当前家庭正在参与的项目?	请勾选所有适用项	证据是否提交?	适用的证据内容说明
<p>MEDI-CAL SSI/SSP Cal WORKS CalFresh GENERAL ASSISTANCE WIC 无</p> <p>如若没有参加任何援助项目 请填写 998-B2 表格, 《家庭收入情况声明》</p>			<p>SSI/SSP= 社会保险金福利证明</p> <p>MEDI-CAL, CALWORKS, CALFRESH, GENERAL ASSISTANCE= 圣克鲁斯县公共 服务部的行动通知</p> <p>WIC- WIC 卡 + 有效期内的加州身份证</p>

3

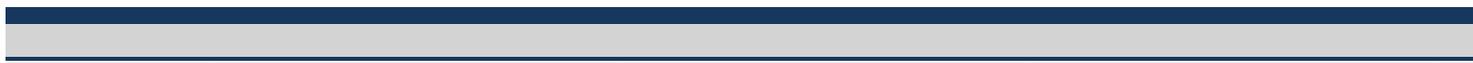
我, 以下签名人, 声明根据加利福尼亚州的法律, 我是上述援助的受助人, 并已提供证明, 我是上述服务地址的家庭成员, 如若作伪证将接受处罚。

援助受助人签名

### CSA

我, 以下签名人, 声明根据加利福尼亚州的法律, 上述指定的援助受助人是在上述服务地址的家庭成员, 如若作伪证将接受处罚。

账户持有者签名



接	接 人	是否