

健康、教育与就业声明书

Statement of Health, Education, and Employment

A. 个案当事人情况

个案当事人姓名	个案当事人电话号码	个案当事人身份识别号码
出生日期	社会安全号码	

1. 您是否曾申请或者获得过以下福利待遇：
 安全收入津贴(SSI)或社会安全残障保险福利金，日期： _____
 退伍军人福利补助金(VA)，日期： _____

2. 您目前是否有兴趣接受再培训或职业康复服务？ 是 否

3. 您的母语是哪种语言？ _____ 您是否能读写英文？ 是 否

4. 您惯用左手还是右手？ 左手 右手

B. 健康情况

1. 是否有任何妨碍您从事工作的心理或身体症状？ 是 否
 若是如此，请列明所有妨碍您从事工作的症状：

2. 您是否就这些症状接受过治疗？ 是 否
 若是如此，请向本处提供以下情况：

症状	诊所 / 医院	日期	所获得的治疗 / 药物

C. 教育和培训

1. 您完成的最高学历是甚么（幼儿园至12年级）？ _____

2. 您是否有高中毕业文凭或高中同等学历？ 是 否

3. 您是否曾在高中参加过阅读、写作或数学方面的特殊教育课程学习？ 是 否

特殊教育课程	年级	参加特殊教育课程学习的原因	学校地点或学区

您是否曾经在大学就读，或者参加过任何职业培训计划？ 是 否
 若是如此，请向本处提供以下情况：

大学或职业培训	起止日期	已完成		证书、执照或学位
		是	否	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



D. 工作经历				
1. 您目前是否有工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是如此，请问您每月的工资额是多少？				
2. 请列出您最近10年的工作经历；请从您最近从事的工作开始填写（可视需要另加附页填写）：				
工作职称	雇主	工作小时数 每周	月份和年份 开始日期： 截止日期：	您为何停止工作？
请告诉我们您从事此工作的情况：				
工作职称	雇主	工作小时数 每周	月份和年份 开始日期： 截止日期：	您为何停止工作？
请告诉我们您从事此工作的情况：				
工作职称	雇主	工作小时数 每周	月份和年份 开始日期： 截止日期：	您为何停止工作？
请告诉我们您从事此工作的情况：				
工作职称	雇主	工作小时数 每周	月份和年份 开始日期： 截止日期：	您为何停止工作？
请告诉我们您从事此工作的情况：				
工作职称	雇主	工作小时数 每周	月份和年份 开始日期： 截止日期：	您为何停止工作？
请告诉我们您从事此工作的情况：				
工作职称	雇主	工作小时数 每周	月份和年份 开始日期： 截止日期：	您为何停止工作？
请告诉我们您从事此工作的情况：				
工作职称	雇主	工作小时数 每周	月份和年份 开始日期： 截止日期：	您为何停止工作？
请告诉我们您从事此工作的情况：				
工作职称	雇主	工作小时数 每周	月份和年份 开始日期： 截止日期：	您为何停止工作？
请告诉我们您从事此工作的情况：				
工作职称	雇主	工作小时数 每周	月份和年份 开始日期： 截止日期：	您为何停止工作？
请告诉我们您从事此工作的情况：				
3. 请列出您最近10年内所从事的全部业余爱好活动和义工服务？				
如果有人为您翻译此表格或者协助您填写此表格，请在此处填写此人的姓名及其与您的关系				
本人特此郑重声明：据我所知，我在此健康、教育与就业声明书中所提供的情况属实、正确且完整，否则愿受伪证罪处罚。 我明白，社会福利服务部有权要求本人就此声明提供证明文件。				
个案当事人签名			日期	