



A. 服务对象信息		
服务对象名称		服务对象电话号码
希望称呼的姓名或昵称 (选填)		代称 (选填)
服务对象 ID 编号	出生日期	社会安全号码

1. 您是否申请或领取过 Supplemental Security Income (补充安全收入, SSI) 或 Social Security Disability Income (社会保障残疾收入, SSDI) 福利; 如果是, 请注明日期:  
\_\_\_\_\_
2. 您是否曾在美国武装部队、警卫队或后备役部队服役?  是  否  
如果是, 您是否希望我们向 Washington 州退伍军人事务部提交转介申请?  是  否
3. 您目前是否对再培训或职业康复服务感兴趣?  
 是  否; 如果是, 社会服务专家将联系您, 为您提供更多信息。
4. 您主要讲什么语言? \_\_\_\_\_  
您是否能够用该语言读写?  是  否
5. 您习惯用左手还是右手?  左手  右手  双手
6. 您在 Washington 州是否有支付子女抚养费的命令?  是  否  
如果“是”, 您是否希望转介到 Division of Child Support (儿童抚养处, DCS) 的替代解决方案? DCS 可以帮助您了解您的子女抚养费支付令, 并帮助您找到付款方案。  是  否

**B. 健康信息**

1. 您是否有任何精神或身体病症导致您目前无法正常工作?  是  否; 如果是, 请列出使您无法正常工作的所有病症:
2. 这些病症使您有多久无法正常工作?
3. 您是否接受过针对这些病症的治疗?  是  否  
如果是, 请提供以下信息:

病症	诊所/医院	日期 (年/月)	接受的治疗/用药

C. 教育和培训				
1. 您在学校 (K-12) 读完的最高年级是?				
2. 您是否有高中文凭或高中同等学历? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
3. 您在高中时是否上过阅读、写作或数学方面的特殊教育班? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
特殊教育班	年级	上特殊教育班的原因	学校所在地或学区	
您是否上过任何大学或职业培训课程? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 请提供以下信息:				
大学或职业学校	开始/结束日期	完成		证书、执业证明或学位
		是	否	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. 工作经历				
1. 您目前是否在参加工作? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 您每月的收入有多少?				
2. 从最近的工作开始, 列出您最近五 (5) 年的工作经历 (如有需要, 请另附页):				
职位	每周工时	时间 (年月)	不再工作的原因是?	
雇主		开始: 结束:		
请告诉我们您的工作内容:				
职位	每周工时	时间 (年月)	不再工作的原因是?	
雇主		开始: 结束:		
请告诉我们您的工作内容:				
职位	每周工时	时间 (年月)	不再工作的原因是?	
雇主		开始: 结束:		
请告诉我们您的工作内容:				

职位	每周工时	时间（年月） 开始： 结束：	不再工作的原因是？
雇主			
请告诉我们您的工作内容：			
职位	每周工时	时间（年月） 开始： 结束：	不再工作的原因是？
雇主			
请告诉我们您的工作内容：			
3. 您是否有任何业余爱好或志愿者经历？如果有，请在下面介绍您的经历：			
如果有人翻译或帮助您填写本表，请在此处填写其姓名以及与您的关系：			
本人声明，据本人所知，本人在本教育、就业和健康声明中所提供的信息真实、正确、完整。本人知道 <b>Department of Social and Health Services</b> （社会与健康服务部）可能会要求提供相关证明。			
服务对象签名			日期