



THÀNH PHỐ MILPITAS

BIỂU MẪU NƯỚC 998-B

XÁC NHẬN KHÓ KHĂN TÀI CHÍNH

THÔNG TIN CHỦ TÀI KHOẢN		
Phần bên dưới do Chủ Tài Khoản Cư Trú điền		
SỐ TÀI KHOẢN	TÊN CHỦ TÀI KHOẢN	
SỐ ĐIỆN THOẠI CHỦ TÀI KHOẢN	EMAIL CHỦ TÀI KHOẢN	
ĐỊA CHỈ DỊCH VỤ	NGƯỜI THỤ HƯỞNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC BAN ĐẦU	
Ngày trên hóa đơn yêu cầu Thỏa Thuận Thanh Toán	Số tiền trên hóa đơn yêu cầu Thỏa Thuận Thanh Toán	
Quý vị (hoặc thành viên gia đình quý vị) có đăng ký tham gia bất kỳ chương trình hỗ trợ nào sau đây không? Hãy đánh dấu tất cả các câu trả lời phù hợp		
SSI/SSP	SSI/SSP: Quyền Lợi An Sinh Xã Hội	
Medi-Cal		
CalWORKS		
CalFresh		
Hỗ Trợ Chung		
WIC		Chương Trình Dinh Dưỡng Bổ Sung Đặc Biệt Dành Cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh Và Trẻ Nhỏ
XÁC NHẬN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH		
Tôi, người ký tên dưới đây, tuyên bố chấp nhận hình phạt nếu khai man theo Luật Tiểu Bang California rằng tôi là người thụ hưởng hỗ trợ đã nêu, đã cung cấp các tài liệu cần thiết và rằng tôi là thành viên của hộ gia đình tại địa chỉ dịch vụ được chỉ định ở trên.		
_____	_____	_____
Chữ Ký Người Thụ Hưởng Hỗ Trợ	Tên Viết In Hoa	Ngày
CHỨNG NHẬN CỦA CHỦ TÀI KHOẢN NƯỚC		
Tôi, người ký tên dưới đây, tuyên bố chấp nhận hình phạt nếu khai man theo Luật Tiểu Bang California rằng người nhận hỗ trợ có tên ở trên là thành viên của hộ gia đình tại địa chỉ dịch vụ được chỉ định ở trên.		
_____	_____	_____
Chữ Ký Người Thụ Hưởng Hỗ Trợ	Tên Viết In Hoa	Ngày

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO CƠ QUAN		
Date	Received By	Complete