



財力資助書

若您目前正向 San Francisco 市及縣健康計劃的申請人提供資助，請填妥此表。

San Francisco 市及縣府的代表**可能透過電話**與代表 San Francisco 及縣健康計劃的申請人提供住房的人士**聯絡**，以確認該資料真實、準確。**未能回覆上述代表的電話並確認表格所載資料的準確性，將導致該參與者的入會資格受到審核。**索取此資料僅僅為了確認申請人的 San Francisco 居住狀況，不會向 IRS 當局或聯邦移民局報告。

請填妥：提供資助的人士：

姓氏：	名字：	電話：()		
街道地址：		城市：	州：	郵遞區號：
我目前提供： (請勾選所有適用項)	現金： <input type="checkbox"/>	食物/衣物： <input type="checkbox"/>	住房： <input type="checkbox"/>	其他：_____
我預計將提供上述資助 (多久?)				
我聲明，盡我所知，我給出的答覆均真實、正確。我瞭解提供的資料將用於審核申請人參加各種聯邦、州及縣計劃的資格。我瞭解我無須就申請人獲取的醫療服務承擔任何費用。				

提供資助人士的簽名			日期	

接受資助的申請人：

我聲明，盡我所知，我給出的答覆均真實、正確。我瞭解提供的資料將用於審核申請人參加各種聯邦、州及縣計劃的資格。我瞭解如果上述資料被發現有錯誤，我須承擔申請人所接受的醫療服務得全部費用。	

申請人簽名	日期