



文件選項 #1: 由接收或轉介工作人員核實的自我證明

HSH 永久住房申請

表格 G: 殘疾核實表

說明

- 要獲得三藩市為殘疾人士保留的 PSH 公寓的資格，必須提供個人或成年戶主的殘疾診斷證明並隨此申請表附上。
- 從以下選項中確定將使用哪種殘疾證明方法，並填寫該選項下的所有相關部分。
- 將所有支持文件隨此表格附上。

殘疾狀況

McKinney-Vento無家可歸援助法案(42 U.S.C. 11360(9)) 將殘疾定義為以下一種狀況:

- 預計會長期持續或無限期;
 - 嚴重妨礙個人獨立生活的能力;
 - 可通過提供更合適的住房條件來改善; **和**
 - 身體、精神或情緒上的障礙，包括酗酒或藥物濫用、創傷後應急障礙或腦部損傷引起的障礙;
- 發育障礙，定義見發育障礙援助第102節和2000年權利法案 (42 U.S.C. 15002); **或**
- 獲得性免疫缺陷綜合症或由獲得性免疫缺陷綜合症病源引起的任何病症。

參考文件:

https://files.hudexchange.info/resources/documents/HomelessDefinition_RecordkeepingRequirementsandCriteria.pdf

<https://www.hudexchange.info/resource/5182/sample-chronic-homelessness-documentation-checklist/>



注: 在新冠疫情期間, 由接收或工作人員核實的自我證明是可接受的文件。

客戶證明

茲在此證明, 我 _____ (客戶正楷姓名) 被診斷患有下列至少一種疾病:

- 身體、精神或情緒上的障礙, 包括酗酒或藥物濫用、創傷後應急障礙或腦部損傷引起的障礙;
 - 預計長期持續或無限期; 並嚴重阻礙我獨立生活的能力; 並可通過提供更合適的住房條件來改善; **或**
- 發育障礙, 定義見發育障礙援助第102節和2000年權利法案 (42 U.S.C. 15002); **或**
- 獲得性免疫缺陷綜合症 (艾滋病AIDS)或由獲得性免疫缺陷綜合症病毒 (人類免疫缺陷病毒HIV) 引起的任何病症。

客戶正楷姓名 (戶主/主申請人)	客戶簽名 (戶主/主申請人)	日期

工作人員證明: 接收或轉介工作人員還應證明殘疾自我證明

我, 在此證明, _____ (客戶正楷姓名) 符合 McKinney-Vento 無家可歸援助法案 (42 U.S.C. 11360(9)) 中規定的HUD殘疾定義。

工作人員 (正楷姓名)	工作人員 (簽名)	日期

職務	組織	



文件選項 #2: SSA 或 VA核實

此表格所附的證據必須包括以下其中一項 (勾選一個):

- 社會安全局的收入證明; **或**
- 殘疾補助支票副本 (如 SSI、SSDI或退伍軍人傷殘補助)

文件選項 #3: 由合格的持牌專業人員核實

我, 在此證明, _____ (填入參加者姓名) 被診斷患有下列至少一種疾病:

- 身體、精神或情緒上的障礙, 包括酗酒或藥物濫用、創傷後應急障礙或腦部損傷引起的障礙;
 - 預計長期持續或無限期; 並嚴重阻礙我獨立生活的能力; 並可通過提供更合適的住房條件來改善; **或**
- 發育障礙, 定義見發育障礙援助第102 節和2000年權利法案 (42 U.S.C. 15002); **或**
- 獲得性免疫缺陷綜合症 (艾滋病AIDS)或由獲得性免疫缺陷綜合症病毒 (人類免疫缺陷病毒HIV) 引起的任何病症。

注 [僅供工作人員使用]:

有執照/有資格的工作人員 (正楷姓名)	有執照/有資格的工作人員(簽名)	日期
執照/資格	所屬機構	職務