

Child's Name: (Last, First, Middle)	Case Number:	Date of Birth:
Agency: State Disability Review Unit OCP-826 State of New York Department of Health Albany, NY 12237	Client ID Number:	Disability ID Number:
	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
	Worker Name:	
	Phone Number: 1-866-330-0591	Date:

已代表上文指定儿童根据其残障状况提交福利申请。您在下面提供的信息对于该儿童能否基于残障状况获得 Medicaid 将非常有帮助。对于您不知情的项目，或者由于该儿童的年龄而不适用的项目，请留空。感谢您的协助。

您是否注意到该儿童在移动或者走路方面有问题? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果“是”，请说明：
您是否注意到该儿童在他人（包括您、家庭成员、亲属或陌生人）面前的行为有问题? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果“是”，请说明：

您是否注意到该儿童在言语方面有问题？ 否 是
如果“是”，请说明：

您是否注意到该儿童在自我照顾方面有问题？例如如厕、洗漱、进食、穿衣等。 否 是
如果“是”，请说明：

您是否注意到该儿童在玩耍方式上有问题？无论是自己玩耍还是与其他人玩耍。 否 是
如果“是”，请说明：

您是否注意到该儿童在行为方面有问题？ 否 是
如果“是”，请说明：

如果该儿童正在上学，请填写以下内容：

学校名称：	
教师姓名：	年级：
这是某种类型的特殊教育项目吗？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果“是”，请说明：	
该儿童在上学期是否需要特别或额外的帮助？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果“是”，请说明：	
您是否了解该儿童在学校出勤以及表现方面的问题？例如逃学、病假天数、打架、成绩下降或不守纪律。 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果“是”，请说明：	
请您针对该儿童在学校的表现补充其他评价或信息：	

您的姓名：
与该儿童的关系：
电话号码：