

附录 D

收入/资源

注意：仅当您申请老年人、盲人、残疾人医疗补助 (Medicaid)、长期护理或居家服务 (CAP) 时，才需要填写此表格。

请为您本人、您的配偶以及 21 岁以下的同住子女填写，他们获得或拥有下列任何收入或资源。请勾选所有适用项，并在适用时填写金额及账号。

请告诉我们您的其他收入情况。

收入类型	领取人	收入金额	领取频率（每月、每周等）
补充保障收入 (SSI) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
退伍军人福利 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
子女抚养费 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
信托的股息/利息收入 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
年金 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
本票收入 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
工伤赔偿 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
供款 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	
其他 类型 _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		\$	

请告诉我们您的人寿保险情况。

持有人	保险公司名称/地址	保单号码	面值	现金价值
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

请告诉我们您的流动资产情况。

账户类型	持有人	银行/公司	账号	价值
现金 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
支票账户 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
储蓄账户 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
预付借记卡 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
货币市场账户 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
存单 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
共同基金 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
信托/患者账户 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
葬礼合同 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
退休储蓄计划 (401K)/个人退休账 户 (IRA) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
年金 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
股票/债券 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
本票 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
本票 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
保险箱 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				\$
其他 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 类型 _____				\$