HOMEMOD

芝加哥市政府

HOMEMOD 計畫申請

資料包

市長殘障人士辦公室

請先閱讀

請在填寫該申請表前閱讀該說明。請務必正確填寫**所有**問題，並隨此申請表附上**所有**需要的文件至關重要。
透過勾選的方式來確保已完成**所有**項目。

- ☐ 此申請表所有項均已填寫完整、整齊。
- ☐ 所有支持性必要文件已隨此申請表附上。年齡證明、家庭整體收入證明、殘障證明、屋保險證明）
- ☐ 請確定您已繳清所有的財產稅。如果您不確定是否已繳清所有的財產稅，請致電 Cook 縣財政局，電話 (312) 443-5100（語音）
- ☐ 請確定申請表已簽名並註明日期。
- ☐ 請確定您已將申請表備份作為記錄。
- ☐ 如需參與該計畫，您必須低於 60 歲，且為居住在芝加哥市的殘障人士。

芝加哥市
市長殘障人士辦公室

HomeMod
計畫申請

申請截止時間：無

申請人資訊：

1.法定姓名全稱：_____
名字　　中間名首字母縮寫　　姓氏

2.當前郵寄地址：_____
（此地址必須是考慮進行改造的房屋地址。建築保險證明）
門牌號碼和街道　　公寓號碼
_____
市　　州　　郵政編號　　選區

3.物業識別號碼 (PIN)：_____

4.電話號碼：_____　O 住宅　O 工作　O 手機
5.備用號碼：_____　O 住宅　O 工作　O 手機

6.電子郵件：_____

7.出生日期：_____　**8.社會安全號碼：**_____

9.性別：　O 男性　O 女性　**10.年齡：**_____（必須提供年齡證明）

11.種族：（請在適用項中填入“X”）
- O非裔美國人或黑人
- O白人
- O美洲印第安人或阿拉斯加原住民
- O太平洋島民
- O亞洲人
- O其他、多民族人士

12.族裔：（請在適用項中填入“X”）
- O 西班牙裔
- O非西班牙裔

13.首選語言：（請在適用項中填入“X”）
- O 英語
- O 西班牙語
- O 其他：_____

14.是否為殘障人士：　O 是　O 否　**15.是否為退伍軍人：**　O是　O否

16.學歷：
- O 未接受過學校教育
- O高中學歷
- O一般同等文憑 (General Equivalent Diploma, GED)
- O2 年大學教育
- O4 年大學教育
- O4 年以上大學教育

17.家庭年收入：（必須提供證明。如果收入為 $0.00，請提交表單 4506T）

姓名	關係	收入類型	年收入

17a.您的家庭人口數是多少？ _____

18.健康保險類型：

O 無健康保險　O MEDICAID　O 私人健康保險
O 僱主提供保險　O MEDICARE　O 其他

19.您是否居住在政府補貼建築 (Government subsidized building) 內？ O 是　O 否

20.您的殘障類型是？(請提供您的殘障證明)

O 行動能力殘障　O 認知障礙　O 聽力障礙　O 視力障礙

21.您是否為永久性殘障？ O 是　O 否

22.請勾選所有適用項

O 我使用助行器　O我使用輪椅　O我使用拐杖　O我使用呼吸機
O我使用氧氣機　O我使用其他輔助設備

23.請說明您的殘疾與您對房屋改造的需求有什麼關聯。

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

24.請勾選您認為需要改造且是您求助首選的房屋區域。

O 入口　O 浴室　O 廚房　O 其他區域

25.對於您正在申請的房產有無任何違反建築法規的情況，您是否知情？ O 是　O 否

26.您目前是否正在支付：

財產稅	O 是	O 否	O 不適用
水費帳單	O 是	O 否	O 不適用
抵押貸款/房租	O 是	O 否	O 不適用
停車罰單	O 是	O 否	O 不適用
子女撫養費	O 是	O 否	O 不適用

27.您是否曾提交過 HomeMod 申請： O 是　O 否
您的房屋是否曾進行過改造/O 是　O 否　O 不適用

28.您是否已就業： O 是　O 否　O 本人未到法定工作年齡

29.您是否就職於芝加哥市政府處： O 是　O 否

30.如果您的房屋進行了改造，您是否計劃重返工作或者另找一份新工作？

O 是　O 否　O 本人未到法定工作年齡

31.授權：

本人（我們）特此證明，本人（我們）已閱讀申請表和申請表指導手冊，並理解和同意 HomeMod 計畫的所有條款和條件。

本人（我們）特此證明，此申請表上填寫的資訊，以及在 HomeMod 計畫下為支持本申請而提供的所有資訊，在本人所知的範圍內均真實和完整。可透過此處提到的任何來源進行驗證。

本人（我們）特此授權並且允許芝加哥市政府、市長殘障人士辦公室對本人進行拍照和/或視頻拍攝/或錄音，以供芝加哥市政府、市長殘障人士辦公室自行決定用於一般宣傳或教育目的。

本人（我們）特此確認，本人（我們）負責所提供服務或設備相關的所有維護或費用（包括年度檢測）。

此授權自簽名之日起生效且無時間限制，除非本人或本人監護人（如果本人未成年）書面撤銷授權。

任何蓄意偽造的行為都可能使本人被 HomeMod 計畫開除，且會根據州和聯邦法律受到監禁。若本人填寫的任何資訊在申請流程中發生任何改動，本人應立即通知市長殘障人士辦公室 HomeMod 計畫主管。

簽名：_____

日期：_____

需要添加的成員：
年齡證明
殘疾證明
家庭收入證明
房屋保險證明

請將填妥的申請表同所有支持性必要文件寄送至：

The HomeMod Program
市長殘障人士辦公室
Central West
Community Center
2102 W Ogden Ave.
Chicago, IL 60612

如果您對此申請表有任何疑問，請致電 (312) 743-5767

附錄 “A”

HOMEMOD 計畫

芝加哥市
市長殘障人士辦公室

芝加哥市
市長殘障人士辦公室

HomeMod
計畫附錄 “A”

申請截止時間：無

房屋所有人/房東資訊;

1.法定姓名全稱：_____
名字　　中間名首字母縮寫　　姓氏

2.當前郵寄地址：_____
門牌號碼和街道　　公寓號碼

_____
市　　州　　郵政編號　　選區

3.電話號碼：(_____

4.物業識別號碼 (PIN)：_____

照護人、法定監護人或其他獲得批准的代表

1.法定姓名全稱：_____
名字　　中間名首字母縮寫　　姓氏

2.電話號碼：_____

申請人資訊：

1.法定姓名全稱：_____
名字　　中間名首字母縮寫　　姓氏

2.當前郵寄地址：_____
（此地址必須是考慮進行改造的房屋地址。）
街道和編號　　公寓號碼

_____
市　　州　　郵政編號　　選區

3.住宅電話號碼：_____

4.備用/工作號碼：_____

上述租戶是芝加哥市政府 **HomeMod 計畫的申請人**，HomeMod 計畫受市長殘障人士辦公室管轄。

若租戶的房屋改造申請獲得批准，房東同意完成無障礙改造。

本人瞭解，這些改造產生的費用將由芝加哥市政府為 HomeMod 計畫批准的項目提供的資金進行支付。此外，所有改造工作在開始前，本人都將得到通知，並且如有必要，本人可以查看改造計畫。

租戶簽名： _____

日期：_____