

H O M E M O D

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。



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：_____ 住宅 工作 手機

5.備用號碼：_____ 住宅 工作 手機

6.電子郵件：_____

7.出生日期：_____ 8.社會安全號碼：_____

9.性別： 男性 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”)

非裔美國人或黑人 白人

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 太平洋島民

亞洲人 其他、多民族人士

12.族裔：(請在適用項中填入“X”)

西班牙裔 非西班牙裔

13.首選語言：(請在適用項中填入“X”)

英語 西班牙語 其他：_____

14.是否為殘障人士： 是 否 15.是否為退伍軍人： 是 否

16.學歷：

未接受過學校教育 2年大學教育

高中學歷 4年大學教育

一般同等文憑 (General Equivalent Diploma, GED) 4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:

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

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

20. 您的殘障類型是? (請提供您的殘障證明)

- 行動能力殘障 認知障礙 聽力障礙 視力障礙

21. 您是否為永久性殘障? 是 否

22. 請勾選所有適用項

- 我使用助行器 我使用輪椅 我使用拐杖 我使用呼吸機
 我使用氧氣機 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。

- 入口 浴室 廚房 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? 是 否

26. 您目前是否正在支付:

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

27. 您是否曾提交過 HomeMod 申請: 是 否

您的房屋是否曾進行過改造/ 是 否 不適用

28. 您是否已就業: 是 否 本人未到法定工作年齡

29. 您是否就職於芝加哥市政府處: 是 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?

- 是 否 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
MOPD Field Office
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： _____

