

重要须知

供盲人或视障申请人使用的通知选项

如果您是盲人或视障人士，需要以其他格式提供信息，请勾选您希望接收的邮件类型。请将此表随您的申请表一同寄回。

- 标准通知和大字版通知
- 标准通知和数据 CD 通知
- 标准通知和音频 CD 通知
- 标准通知和盲文版通知，如果您确定其他格式均无法满足您的使用需求

如果您需要其他协助方案，请联系您的社会服务区。

由 NEW YORK STATE MEDICAID 计划（包括 MEDICARE SAVINGS PROGRAM 和 FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM）管理的福利申请表可提供大字版或数据格式。音频和盲文版申请表仅供参考。

成年申请人或申请人授权代表签名

日期

申请人正楷姓名