

重要事项

供盲人或视障申请人 使用的通知选项

如果您是盲人或存在视力障碍，若需要以其他格式提供的信息，请勾选您所需接收的邮件类型。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
- 标准通知和盲文通知，如果您确定其他备选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部门。

纽约州 MEDICAID 计划（包括 MEDICARE 免保费计划和家庭计划福利项目）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

申请人正楷签名