



**Community and Home Injury Prevention Program for Seniors (CHIPPS)**

**长者社区及居家受伤预防计划**

**Home Safety Assessment Referral Form 居家安全评估转介表**

机密资讯-所有保密法皆适用

客户ID	
家访日期	
员工名字	

申请人资讯	
名字：	姓氏：
地址：	三藩市 邮区号码：
家庭电话号码： _____	出生日期： _____
手机号码： _____	年龄： _____
语言：	族裔：
性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性别女性 <input type="checkbox"/> 跨性别男性 <input type="checkbox"/> 性别酷儿/非二元性别 <input type="checkbox"/> 未列出 <input type="checkbox"/> 拒绝说明	
性取向： <input type="checkbox"/> 双性恋 <input type="checkbox"/> 异性恋 <input type="checkbox"/> 同性恋 <input type="checkbox"/> 不确定/未定 <input type="checkbox"/> 未列出 <input type="checkbox"/> 拒绝说明	
主要医疗保险或护理诊所名称：	
住在家中的其他人士姓名和关系：	
住宅资讯	
您是租房还是自住？ <input type="checkbox"/> 租房 <input type="checkbox"/> 自住	您养宠物吗？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
安排家访的联络人	
小型装修的联络人	
#1 姓名：	#2 姓名：
关系（自己、配偶、个案经理等）	关系（自己、配偶、个案经理等）
电话号码：	电话号码：
转介人和机构的资讯：	
名字：	姓氏：
职称：	电话号码：
电邮地址：	日期：
身体/精神障碍和安全问题：（行动能力，认知能力等）	



**CHIPPS资格要求**

居家安全 评估的要求：

- 居住在三藩市
- 年龄为60岁或以上，或有永久性残疾
- 是租房者或屋主

小型住宅改造的要求：

- 除居家安全 评估要求外，大多数改造须符合收入资格要求（请参考以下收入指南）：

勾选一个方框	住在家中的人数	100%地区收入中位数 (Area Median Income, AMI 2022)
<input type="checkbox"/>	1	\$ 97,000
<input type="checkbox"/>	2	\$ 110,850
<input type="checkbox"/>	3	\$ 124,700
<input type="checkbox"/>	4	\$ 138,550
<input type="checkbox"/>	5人或以上	\$ 149,650
<input type="checkbox"/>	客户不符合收入 资格的要求	

在下方 签名即证明本人所有资讯皆为本人所了解的真实情况

\_\_\_\_\_  
 申 请人或代表签名

\_\_\_\_\_  
 签名日期

\* 对于大多数的小型住宅改造装修，房東屋主须批准並签署授权书

<b>房东资讯</b>	
姓氏和名字：	
邮寄地址：	
电邮地址：	
电话号码：	传真号码：

请透过以下方式提交填好的表格  
 电邮：[CHIPPS@sfdph.org](mailto:CHIPPS@sfdph.org) 或传真：[415-554-9636](tel:415-554-9636)