Washington State Department of Social & Health Services

教育、就業，與健康狀況聲明書

STATEMENT OF EDUCATION, EMPLOYMENT, AND HEALTH

OFFICE USE ONLY
（僅供本處使用）

A. 客戶資訊

客戶姓名	客戶身分號碼

性別	出生日期	社會安全號碼
☐ 男 ☐ 女		

您是否曾申請過或者領取過以下福利：

☐ 勞工與工業/員工補償金　☐ 社會安全殘障保險或者安全收入津貼

☐ 失業補償　☐ 退役軍人福利(VA)

B. 教育與培訓

1. 您的第一語言是哪一種語言？ _____
2. 請填寫您完成小學或高中教育的最高年級： _____ 畢業了嗎？ ☐ 是 ☐ 否
3. 您是否曾在特殊教育班上過課？ ☐ 是 ☐ 否
4. 其他教育或者在職培訓，例如大學、商業學校、在職培訓或者職業培訓：

培訓類別	參加日期	完成與否		證書、執照或者學位，以及頒發年
		是	否	

C. 工作履歷

1. 您認為您的正常職業是甚麼？ _____
2. 請列出您最近從事的三(3)個工作，從最近的工作開始填寫。

列出您的職責	每週工作的小時數	月與年		工作結束原因？
		開始	結束	

3. 在最近五(5)年中，您還做過哪些其他類別的工作？ _____
4. 您具備哪些工作技能？包括所有的嗜好，如縫紉、木工、汽車修理。 _____
5. 有哪些原因使您目前不能工作？ _____
6. 您需要哪些幫助或服務才能使您重新開始工作？ _____

D. 健康與醫療資訊

OFFICE USE ONLY
（僅供本處使用）

接受過哪些治療（健康問題）	治療者（醫生或醫院）	上一次看病日期

如果有人對此表格作過翻譯或者曾幫助您填寫此表格，請在此欄填寫他們的姓名及其與您的關係

據我所知，本人在『教育、就業，與健康狀況聲明書』中所提供的資訊屬實、正確並且完整。特此聲明，如有不實之處願受偽證罪處罰。本人明白，社會福利服務部可要求我為此聲明書提供證據。

客戶簽名	日期

E. FOR OFFICE USE ONLY (僅供本處使用)

1. Physical/mental health observations, including unusual features or characteristics: _____

2. Barriers to employment or other job services: _____

3. Substance abuse history: _____

4. Use of other service agencies; e.g., Division of Vocational Rehabilitation, Employment Security: _____

5. Use of support services, e.g., housing, food bank, transportation, family or friends, churches: _____

WORKER'S NAME	INTERVIEW DATE