

哥伦比亚特区医疗保健联盟 ( DC HEALTHCARE ALLIANCE )

## 哥伦比亚特区居住表格证明文件

哥伦比亚特区医疗保健联盟 ( 联盟 ) 只为居住在哥伦比亚特区华盛顿的人提供服务。如果您通过哥伦比亚特区医疗保健联盟申请医疗协助，您必须证明您是哥伦比亚特区居民。

通过下列文件，您就可以证明您在哥伦比亚特区居住：合法的哥伦比亚特区驾驶执照或身份证，位于哥伦比亚特区的住宅租约、租赁收据、房产证明、房产文件或房屋贷款文件，房产业主或租户的保险卡，财产税账单，一份公共事业费用账单，写有地址和哥伦比亚特区税收预扣的工资单，或写有您名字和您在哥伦比亚特区的地址的选民登记卡片。如果您不具备以上任何文件，您也可以使用本表格证明您在哥伦比亚特区居住。知道您住处的另一位哥伦比亚特区居民能填写本表格的 B 部分，或者非盈利福利提供者也可以填写 C 部分，从而证明您在哥伦比亚特区居住。

**A 部分：您的信息 ( 必填 )**

姓：\_\_\_\_\_ 中间名首字母：\_\_\_\_\_ 名：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

城市、州、邮编：\_\_\_\_\_

您是否无家可归？ 是 不是

**B 部分：独立证明人的信息** 该部分必须由知道您 ( 申请人 ) 住处的特区居民填写。与您住在一起的人是最好的证明人，但不是必需的。如果您不认识任何愿意或能核实您住处的人，当地的一家非盈利性组织也能为您填写 C 部分。(如果本部分已经填写，您就不需要填写 C 部分。)

姓：\_\_\_\_\_ 中间名首字母：\_\_\_\_\_ 名：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

城市、州、邮编：\_\_\_\_\_

电子邮件：\_\_\_\_\_ 电话号码：\_\_\_\_\_

您是怎么认识申请人的？\_\_\_\_\_

证明人必须签署本表格，并提供至少一（1）份以下写有证明人姓名和地址的文件：

- 哥伦比亚特区合法驾驶执照或非驾驶员身份证
- 最近六十（60）天内的哥伦比亚特区财产税账单
- 选民登记卡
- 在过去 60 天内发布的公共事业费用账单（水、煤气、电、油、电缆或固定电话账单）
- 位于哥伦比亚特区的住宅的有效租约、租赁合同、租赁收据、房产证明、房产文件或房屋贷款
- 在最近六十（60）天内发布的写有地址和哥伦比亚特区税收预扣的工资单
- 房产业主或租户为位于哥伦比亚特区的住宅所购买的有效保险卡

我理解哥伦比亚特区医疗保健联盟只为居住在特区的人提供。

通过在下面签字，我证明，尽我所知，上面所列申请人居住在 哥伦比亚特区。

我知道，如果我提供任何错误信息，我可能违反法律，并且可能必须支付高达\$500 的罚款，或者被监禁达一年，或者同时受到双重惩罚（*哥伦比亚特区法案§ 4-218.01*）。我知道政府官员将核实该信息，并且我同意与他们合作，在他们要求提供信息时，满足其要求。

证明人签名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

**C 部分：组织证明人的信息** 本部分必须由哥伦比亚特区非盈利福利提供者填写，如为您（申请人）服务的流浪人员避难所、社区健康中心和移民服务提供者、法律事务所或宗教组织。（如果本部分已经填写，您就不需要填写 B 部分。）

组织名称：\_\_\_\_\_

组织在哥伦比亚特区的免税号：\_\_\_\_\_

证明人名字：\_\_\_\_\_

证明人职务：\_\_\_\_\_

电话号码：\_\_\_\_\_ 电子邮件：\_\_\_\_\_

组织地址：\_\_\_\_\_

城市、州、邮编：\_\_\_\_\_

我理解哥伦比亚特区医疗保健联盟只为居住在特区的人提供。

通过在下面签字，我证明，尽我所知，上面所列申请人居住在哥伦比亚特区。

**我知道，如果我提供任何错误信息，我可能违反法律，并且可能必须支付高达\$500的罚款，或者被监禁达一年，或者两个同时受到双重惩罚（哥伦比亚特区法案§ 4-218.01）。我知道政府官员将检查该信息，并且我同意与他们合作，在他们要求提供信息时，满足其要求。**

证明人签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

请记住：在递交该表格之前，请确保填写完成。

您必须：

- 已经填写完成 A 部分，**并且**
- 已经填写完成 B 部分**或者** C 部分，**并且**
- 如果您填写了 B 部分，您必须 持有证明人在特区居住的证明文件的副本。

*要检举任何特区政府机构或官员的浪费、欺诈和滥用权力，请给哥伦比亚特区总检查张打电话，号码为 1 (800) 521-1639。*