

## 有關健康問卷的知情同意

我們詢問下列有關你的健康的問題來了解如果你（**1**）需要幫助獲得或保留你的福利，（**2**）不能工作，並且（**3**）可能有資格得到殘障福利。有關你健康的資訊將被保密並用來幫助你。

\_\_\_\_\_ 如果你需要幫助懂得或填寫這份表格，請在此划勾。

你不必回答這些問題。然而，如果你不回答這些問題，我們會假定你不需要幫助申請福利並且能工作和參與就業服務。如果你能工作而且不想回答這些問題，一位醫生需要填寫一份表格申明你不能工作。

請在下面一項旁填寫你的名字的首寫字母：

\_\_\_\_\_ 我要回答這份問卷。我明白這些資訊將被保密並用來幫助我。

\_\_\_\_\_ 我選擇不回答這份問卷。我明白不回答可能意味著我將必須工作並參與就業服務。

\_\_\_\_\_ 我不能工作。我選擇不回答這份問卷。我將讓我的醫生送一份我不能工作的申明。

\_\_\_\_\_

客戶簽名

\_\_\_\_\_

日期

=====

\*僅供縣政府使用：       **BROU** 批准       **BROU** 否決

由：

\_\_\_\_\_

社工簽名

\_\_\_\_\_

日期