



長者社區及居家受傷預防計劃

居家安全評估轉介表

機密資訊 - 所有保密法皆適用

客戶 ID	
家訪日期	
員工	

申請人資訊	
轉介日期：	
名字：	姓氏：
地址：	三藩市 郵遞區號：
家庭電話號碼：	出生日期：
手機號碼：	年齡：
語言：	族裔：
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 跨性別女性 <input type="checkbox"/> 跨性別男性 <input type="checkbox"/> 性別 酷兒/非二元性別 <input type="checkbox"/> 未列出 <input type="checkbox"/> 拒絕說明	
性取向： <input type="checkbox"/> 雙性戀 <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 同性戀 <input type="checkbox"/> 未定/不確定 <input type="checkbox"/> 未列出 <input type="checkbox"/> 拒絕說明	
健康保險：勾選所有適用選項 <input type="checkbox"/> Medi-Cal 白卡 <input type="checkbox"/> Medicare 紅藍卡 <input type="checkbox"/> 其他	健康診所名稱：
住在家中的其他人士姓名和關係：	
住宅資訊	
您是租房還是自住？ <input type="checkbox"/> 租房 <input type="checkbox"/> 自住	您養寵物嗎？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 種類：
安排家訪的聯繫人	
#1 姓名：	#2 姓名：
關係：	關係：
電話號碼：	電話號碼：
電郵地址：	電郵地址：
轉介人和機構的資訊：	
名字：	姓氏：
職稱：	電話號碼：
電郵地址：	代理機構（如適用）：
身體/精神障礙和安全問題：（行動能力、認知能力等）	



CHIPPS 計劃要求

家居安全評估的要求：

- 居住在三藩市
- 年齡為 60 歲或以上，或有永久性殘疾
- 是租房者或屋主

小型住宅改造的要求：

- 除居家安全評估要求外，大多數改造須符合收入資格要求（請參考以下收入指南）：

勾選一個方框	住在家中的人數	100%地區收入中位數 2024 收入指引
<input type="checkbox"/>	1	年收入少於 < \$104,900
<input type="checkbox"/>	2	年收入少於 < \$119,900
<input type="checkbox"/>	3	年收入少於 < \$134,850
<input type="checkbox"/>	4	年收入少於 < \$149,850
<input type="checkbox"/>	5 人或以上	年收入少於 < \$161,850
<input type="checkbox"/>	客戶不符合收入資格的要求	

在下方簽字即證明本人所有資訊皆為本人所了解的真實情況。

申請人或代表簽名

簽名日期

CHIPPS 員工

*對於大多數的小型住宅改造裝修，房東/屋主須批准並簽署授權書。如需要，CHIPPS 工作人員可以協助您獲取。

房東資訊	
姓氏和名字：	
郵寄地址：	
電郵地址：	
電話號碼：	傳真號碼：

請透過以下方式提交填妥的表格

電郵：CHIPPS@sfdph.org 或傳真：415-554-9636