卫生与公众服务部
加州公共卫生部

居住验证宣誓书

如果申请人无家可归或没有居住证明，必须填写此表格。

第1部分：申请人信息（除非另有说明，否则所有字段均为必填）

申请人姓名（名，中间名，姓）：_____

申请人出生日期：_____客户ID号（可选）：_____

第2部分：注册工作人员（EW）、服务提供者或机构客户居住认证

请在下面适当的框中打勾：

☐ 我证明我为申请人提供住房支持。我与下述人员的关系是：

_____

☐ 我证明我所代表的机构为申请人提供庇护。请使用下面的注册工作人员/服务提供者地址

☐ 我是一名无家可归服务提供者*，我证明申请人无家可归。

☐ 我是申请人的项目注册工作人员，我证明，根据我所知，申请人无家可归且未接受任何无家可归支持服务。请使用下面的注册工作人员/服务提供者地址

☐ 我是申请人的项目注册工作人员，我证明，根据我所知，申请人居住在加利福尼亚州，但没有符合CDPH指南的居住证明或支持信息。

客户的已验证居住地址：_____

城市：_____州：_____邮政编码：_____

地址验证将在本表格日期起生效一年，除非此处注明终止日期：

_____

*无家可归服务提供者可能包括：（1）接受联邦、州、县或市资助以向“无家可归者”提供服务的政府或非营利机构，或被当地无家可归者连续照护组织授权提供这些服务的机构；（2）由加利福尼亚州资助的提供无家可归儿童或青少年服务、健康服务、心理或行为健康服务、物质使用障碍服务或公共援助或就业服务的人道服务提供者或公共社会服务提供者；（3）由州内地方警察局或警署指定为无家可归者群体联络人的执法人员。

第3部分：验证

注册工作人员/提供者/机构代表填写此部分：

通过签署此表格，我_____，特此证明上述信息真实准确。

签名（注册工作人员/服务提供者/机构）：_____日期：_____

（注册工作人员/服务提供者/机构）地址：_____

城市：_____州：_____邮政编码：_____

仅限注册工作人员：请阅读下面的声明，并在下面的框中签名。

☐ 我理解，故意提供不准确的信息或故意遗漏此表格上的信息可能导致我的注册工作人员特权被终止或暂停。

申请人填写此部分：

通过签署此表格，我在此证明我居住在加利福尼亚州，且上述信息真实、准确、完整，我同意如果我的居住状况发生任何变化，将立即通知CDPH。我理解，未能提供准确的信息或故意遗漏信息可能导致服务的暂停或终止，我可能会对获得的任何覆盖服务承担经济责任。

签名（申请人）：_____日期：_____