PAHAYAG NG IMPORMASYON UPANG MAGDAGDAG NG BATA NG MABABA SA EDAD 16

(Dagdag na Aplikasyon at Hiling Para sa Tulong Sa Salapi at/o Mga Selyong Pangpagkain)

MGA TAGUBILIN:
Punuan ang pormularyong ito para sa bagong bata sa bahay at lagdaan ang seksiyong Sertipikasyon. Kung kailangan mo ng karagdagang espasyo, magkabit ng isa pang pilas ng papel. Gumamit ng isang pormularyo para sa bawat bata.

Kung makakuha ka ng Tulong Sa Salapi, at nais mo ng tulong para sa bagong bata, ang pormularyong ito ay dapat na punuan ng magulang o may-edad na tagapangalagang kamag-anak.

Para sa mga sambahayang Selyong Pangpagkainna hindi nakukuha o nais makakuha ng Tulong Sa Salapi, ang pormularyong ito ay dapat na punuan nang isang kasambahay na may-edad o ng awtorisadong kinatawan.

GAMIT LALAWIGAN LAMANG

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

1. Pangalan ng Magulang o Kamag-anak na Tagapangalaga | **Telepono** ( )

2. Ibigay sa amin ang lahat ng impormasyon para sa batang ito.

ANG BATA AY KAILANGAN NG TULONG DAHIL ANG MAGULANG AY (✔) IBABA: PATAY NA | DISABILIDAD | KAWALAN | KAWALANG-TRABAHO

PANGALAN NG BATA (UNA, GITNA, APELYIDO) | PANGALAN NG INA:

NUMERO NG PANLIPUNANG SEGURIDAD. | KASARIAN (✔) ☐ L ☐ B | PANGALAN NG AMA:

LUGAR NG KAPANGANAKAN (LUNGSOD/ESTADO/LALAWIGAN) | PETSA NG KAARAWAN BUWAN ARAW TAON) | BULAG, BINGI, O MAYKAPANSANAN ☐ OO ☐ HINDI

TIPO NG TULONG NA HINIHILING (✔) ☐ Tulong Sa Salapi ☐ Mga Selyong Pangpagkain | KATAYUAN NG MAMAMAYAN/DI-MAMAMAYAN (✔) ☐ Mamamayan/Nasiyonal ng U.S. ☐ Di-mamamayan: Inisponsor ☐ OO ☐ HINDI

RELASYON SA APLIKANTE O SA KAMAG-ANAK NA TAGAPANGALAGA | AMPON NA BATA ☐ OO ☐ HINDI | KUNG ANG BATA AY MABABA SA EDAD NA 6, ANG MGA TUROK BA NG IMUNISASYON AY NASAPANAHON? ☐ OO ☐ HINDI ☐ Hindi mas bata sa 6 na taon

AU | Non-AU | MFG Child ☐ Yes ☐ No | FS Non-HH Excl. Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WtW: | FS:

VERIF: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ Citizen ☐ SAVE ☐ Eligible Noncitizen ☐ Immun.

Alien Reg. No. | D.O.E.

☐ CA and FC Elig/CR Chooses:
Child ☐ CA ☐ Foster Care
CR ☐ CA ☐ None

3. Nakatanggap ba ang bata ng tulong sa salapi o mga selyong pang-pagkain sa buwan na ito? Kung "**OO**", kumpletuhin sa ibaba: ☐ **OO** ☐ **HINDI**

TIPO NG TULONG: ☐ Tulong Sa Salapi ☐ Mga Selyong Pangpagkain | SAAN (Bansa, Estado)

☐ Verification provided

4. Ang Mga Kinita, Dagdag Kita sa Seguridad/Dagdag Bayad ng Estado (SSI/SSP), Mga Benepisyo sa Panlipunang Seguridad, Suporta sa Bata, mga bayad sa Pangangalaga sa Anak-anakan, Mga Benepisyo ng Mga Beterano, atbp. Kung "**OO**", kumpletuhin sa ibaba: ☐ **OO** ☐ **HINDI**

TIPO NG KITA	HALAGA (Bago ang Mga Babawasin, kuna mayroon man)	KAILAN	GAANO KADALAS
	$		

☐ Verification provided
☐ FC Income Counted on FS Case ☐ YES ☐ NO
☐ CA Eligible for Higher MAP

Income		(✔) if exempt	
Unearned	Earned	CA	FS

5. A. Kumpletuhin sa ibaba kung nais mo ng tulong sa salapi para sa batang ito at ang bata ay sa pagitan ng mga edad 6 hanggang 16. Siya ba ay pumapasok sa paaralan nang regular? ☐ **OO** ☐ **HINDI**
Kung "**HINDI**", ipaliwanag kung bakit hindi siya pumapasok nang regular: ☐ Hindi Edad 6-16

B. Ang bata ba ay buntis o isang batang magulang? ☐ **OO** ☐ **HINDI**
Kung "**OO**", i-tsek an (✔) estad: ☐ Bunti ☐ Batang Magulang

KATAYUAN NG PAARALAN, I-TSEK (✔)
☐ May Diploma sa Mataas na Paaralan ☐ May GED ☐ Hindi Pumapasok sa Paaralan (ipaliwanag):
☐ Kasalukuyang Pumapasok sa Paaralan ☐ Iba (ipaliwanag):

C. Ang bata ba ay nakatanggap ng bonus na salapi o multa, o tulong sa pangangalaga sa bata, transportasyon, atbp. mula sa Programang Cal-Learn? Kung "**OO**", kumpletuhin sa ibaba: ☐ **OO** ☐ **HINDI**

SAAN (LALAWIGAN) | (MGA) PETSA NANG NATANGGAP

Verified:
☐ Referred to Cal-Learn
☐ CA 25
☐ CA 25A

6. Ang (mga) magulang ba ng batang ito ay naging militar ng Estados Unidos (U.S.)? ☐ **OO** ☐ **HINDI**
Kung "**OO**", kumpletuhin sa ibaba

PANGALAN NG MAGULANG	ANG MAGULANG AY MAMAMAYAN NG U.S.	SANGAY NG SERBISYO	MGA PETSA NG SERBISYO	MARANGAL NA PAGTIWALAG
	☐ OO ☐ HINDI			☐ OO ☐ HINDI

CA 5 ☐ YES ☐ NO
Date Initiated _____

FS: Honorable Discharge ☐ YES ☐ NO

7. Kumpletuhin sa ibaba kung nais mo ng mga selyong pangpagkain para sa batang ito at ang bata ay <u>hindi mamamayan ng U.S.</u>

A. Ilang taon nanirahan sa U.S. ang bata o ang kanyang mga magulang?

B. <u>Habang naninirahan sa U.S.,</u> ilang taon na ang batang ito at/o ang mga magulang ng bata ay kumita ng pera sa pagtatrabaho sa U.S.?

C. <u>Habang naninirahan sa labas ng U.S.,</u> ilang taon na ang bata at/o mga magulang ng bata ay nagtrabaho sa U.S. o para sa isang kompanya ng U.S.?

		GAMIT LALAWIGAN LAMANG
8. Ang bata ba nagmamay-ari ng anumang ari-arian o mayroong mga pagkukunan, gaya ng: pera, lupa, mga akawnt sa bangko, mga trust fund, savings bonds, Katutubong Amerikano mga bayad kada tao o mga trust fund, o ibang mga aytem? Kung **"OO"**, kumpletuhin sa ibaba:	☐ **OO** ☐ **HINDI**	☐ Verification provided ☐ CA Restricted Account (✔) Check if exempt ☐ CA ☐ FS

TIPO NG PAGKUKUNAN	AKAWNT/NUMERO NG POLISA	PANGALAN, DIREKSIYON NG BANGKO, ATBP.	KASALUKUYA NG HALAGA
			$

9. Ang bata ba ay mayroong Medicare o segurong pangkalusugan, gaya ng Blue Cross, Kaiser, Champus, atbp., na binabayaran ng magulang o taga-empleyo ng magulang? Kung **"OO"**, ilista ang saklaw ng seguro	☐ **OO** ☐ **HINDI**	☐ Verification provided Health Coverage Code:
10. Ang bata ba ay nagtatago o tumatakbo sa batas para sa kakriminalan, upang iwasan ang paglilitis ng kakriminalan, kustodiya o pagkakulong pagkatapos ng kombiksiyon, o sa paglabag sa parol o probasyon?	☐ **OO** ☐ **HINDI**	
11. Ang bata ba ay napatunayang nagkasala sa kakriminalang kaugnay-sa-droga para sa pagtaglay, paggamit, o pamamahagi ng kontroladong (mga) sustansiya? Kung **"OO"**, magbigay ng impormasyo fpara sa tulong sa salapi, para sa mga kombiksiyon noong o matapos ang 1/1/98; at para sa mga selyong pangpagkain, para sa mga krimen at mga kombiksiyon matapos ang 8/22/96.	☐ **OO** ☐ **HINDI**	

PETSA NG NAPATUNAYANG NAGKASALA	PETSA NANG GINAWA ANG KRIMEN

	OO	HINDI	
12. A. Kung ikaw ay makakakuha ng tulong sa salapi, ang nararapat na mga miyembro ng iyong pamilya na mababa sa edad na 21 ay maaaring makakuha ng ilang mga iksaminasyong pangkalusugan sa pamamagitan ng Programag Kalusugan ng Bata at Paghahadlang ng Disabilidad (CHDP).			☐ CHDP brochure and explanation given ☐ CHDP Referral ☐ Date:
• Nais mo ba nang higit na impormasyon tungkol sa mga serbisyo ng CHDP?.....			
• Nais mo ba nang libreng serbisyong medikal o dental ng CHDP?.....			
• Kailangan mo ba ng tulong sa pakikipagtipan o pagpunta sa doktor o dentista?.....			
B. Nais mo ba nang higit na impormasyon tungkol sa mga serbisyong inmunisasyon?			☐ Referred for Immunization
C. Nais mo ba ng impormasyon tungkol sa di-pagtatangi, pagpapayo tungkol sa alkohol/droga, nakaraangmga gastos na medikal, at ibang espesyal na pangangailangan?			☐ Other services referral
D. Mayroon bang buntis na nangangailangan makahanap ng doktor, makakuha ng transportasyon pang-medikal, at/o ibang tulong?.....			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
E. Mayroong bang nagpapasuso ng bata?			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
Kung **"OO"**, ang panganganak ba ay nasa loob ng nakaraang tatlong buwan?			☐ WIC referral
F. Nais mo bang makakuha ng impormasyon o mga serbisyo mula sa Klinika sa Pagpaplano ng Pamilya upang tulungan kang iplano ang laki ng iyong pamilya at pigilan ang di-planadong pagbuntis?			☐ Family Planning info given Date Referred:

SERTIPIKASYON

Nauunawaan ko na:

- **Kung nagbigay ako ng maling impormasyon o nabigong iulat ang lahat ng impormasyon o sa dahilan na makakaapekto sa aking karapatang mahirang at mga bayad na tulong, ako ay maaaring multahan, ipabilanggo/ipakulong, o pareho. Ako ay maaaring multahan ng hanggang $10,000 para sa tulong sa salapi at $250,000 para sa mga selyong pangpagkain. Ako ay maaaring ipadala sa bilangguan/kulungan ng hanggang 3 taon para sa tulong sa salapi at 20 taon para sa mga selyong pangpagkain. At ang mga benepisyo para sa tulong pinansiyal at selyong pangpagkain ay maaaring matigil ng 6 buwan, 12 buwan, 2 taon, 4 taon, 5 taon, 10 taon, 20 taon o magpakailanman; at para sa Tulong Pinansiyal sa Taong Kinanlong (Refugee Cash Assistance), 3 buwan at 6 buwan.**
- Ang akingkaso ay maaaring mapili para sa mga pagrepaso upang mapatunayan ang karapatang mahirang; at dapat akong lubusang magkipagtulungan sa lalawigan, estado, at pederal na tauhan sa anumang pagrepaso sa kontrol ng kalidad.
- Angimpormasyon na aking ibibigay ay be-beripikahin ng lokal, estado, at pederal na tauhan.
- Anglalawigan ay magpapadala ng impormasyon sa Imigrasyon at Naturalisasyon (INS) para sa pruweba ng estado sa immigrasyon.
- Angimpormasyong makukuha ng lalawigan mula sa INS ay maaaring makaapekto sa karapatang mahirang para sa tulong sa salapi at mga selyong pangpagkain.
- Angimpormasyong ibibigay ko ay be-beripikahin sa mga ahensiya ng buwis, kapakanang panlipunan, trabaho, mga distrito ng paaralan, at sa Pangasiwaan ng Panlipunang Seguridad upang patunayan ang karapatang mahirang ng bata para sa tulong sa salapi at/o mga selyong pangpagkain at upang patunayan na ako ay tumatanggap ng tamang halaga ng tulong sa salapi o mga selyong pangpagkain. At ang numero ng panlipunang seguridad ay itutugma sa mga rekord ng ahensiya sa pagpapatupad ng batas para sa mga pahintulot sa pag-aresto.

Aking idinideklara sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estados Unidos ng Amerika at ang Estado ng California na ang impormasyong nilalaman sa Pahayag ng Impormasyon ay totoo, wasto, at kumpleto.

SINO ANG DAPAT PUMIRMA SA PORMULARYONG ITO: **Para sa Tulong Sa Salapi,** ikaw at ang iyong tinutulungang asawa o ang isang magulang (kung nakatira sa bahay) ng tinutulungang anak.
Para sa Mga Selyong Pangpagkain, isang may-edad na miyembro ng kasambahay o awtorisadong kinatawan.

LAGDA NG KAMAG-ANAK NA NANGANGALAGA AT/O MAY-EDED NA MIYEMBRO NG KASAMBAHAYAN NG SELYO NG PANGPAGKAIN O AWTORISADONG KINATAWAN	**PETSA**
LAGDA NG ASAWANG TINUTULUNGAN-NG-SALAPI O ISANG MAGULANG (KUNG NANINIRAHAN SA TAHANAN) NG BATANG TINUTULUNGAN-NG-SALAPI	**PETSA**
LAGDA NG SAKSI UPANG MAMARKAHAN, TAGAPAGPALIWANAG, O IBANG TAO KUMUKUMPLETO NG PORMA	**PETSA**

GAMIT LALAWIGAN LAMANG

☐ INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION ☐ Informing (TEMP CW 101/101A) Regs Met: ☐ YES ☐ NO
☐ ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	Date