

APPLICATION PARA SA CALFRESH , TULONG NA PERA , AT/O MEDI-CAL/MGA PROGRAMA SA PANGANGALAGA SA KALUSUGAN

Kung may kapansanan ka o kailangan ng tulong sa application na ito, ipaalam ito sa County Welfare Department (County) at may tutulong sa iyo.

Kung mas gusto mong magsalita, magbasa, o sumulat sa isang wika bukod sa Ingles, kukuha ang County ng isang tao upang tulungan ka nang libre.

Paano ako mag-a-apply?

Gamitin ang application na ito kung nag-a-apply ka para sa tulong sa pagkain (CalFresh), tulong na pera (California Work Opportunity and Responsibility to Kids or Refugee Cash Assistance), Medi-Cal General Assistance o General Relief, at/o iba pang mga programa sa pangangalaga sa kalusugan. Kung gusto mong mag-apply para sa CalFresh lang, maaari kang humingi sa County ng application na para sa CalFresh lang. Ang CalFresh ay isang programa sa tulong sa pagkain upang tulungan ka sa gastos sa pagbili ng pagkain para sa iyong pamilya. Kung gusto mong mag-apply para sa pangangalaga sa kalusugan lang, maaari kang humingi sa county ng application na para sa pangangalaga sa kalusugan lang. Kabilang sa pangangalaga sa kalusugan ang: murang insurance para sa Medi-Cal; abot-kayang pribadong insurance sa kalusugan; o credit sa buwis na maaaring makatulong sa iyong bayaran ang iyong mga premium para sa coverage sa kalusugan. Huwag gamitin ang application na ito kung nag-a-apply ka para sa pangangalaga sa kalusugan lang. Ang iyong County ay maaaring may hiwalay na application para sa General Assistance o General Relief. Tanungin ang iyong County upang makasiguro.

Maaari ka ring mag-apply para sa mga programang ito online sa pamamagitan ng pagpunta sa <http://www.benefitscal.org/>.

- Punan ang buong application form, kung kaya mo. Dapat mong ibigay sa County kahit man lang ang iyong pangalan, address, at lagda (tanong 1 sa pahina 1 ng application) upang simulan ang proseso ng application para sa CalFresh. Para sa tulong na pera, dapat mong sagutan ang mga tanong 1 hanggang 5 sa mga pahina 1 at 2 ng application at pirmahan ito upang simulan ang proseso ng application. Para sa General Assistance o General Relief tanungin ang County kung aling mga tanong ang kailangang sagutan upang simulan ang proseso ng pag-a-apply.
- May simbolo ang bawat programa (ipinapakita sa itaas ng pahinang ito) na nagpapakita kung anong mga tanong ang hinggil sa kung anong mga programa. Para sa tulong na pera, isa itong dollar sign; para sa CalFresh, isa itong shopping cart; at para sa coverage sa kalusugan, isa itong ambulansya. Halimbawa, kung hindi ka nag-a-apply para sa tulong na pera, hindi mo kailangang sagutan ang mga tanong na minarkahan lang ng dollar sign.
- Ibigay ang application sa County nang personal, sa pamamagitan ng koreo, sa pamamagitan ng fax o online.
- Sa araw na matanggap ng County ang iyong nilagdaang application magsisimula ang oras upang bigyan ka ng sagot kung maaari kang makatanggap ng mga benepisyo. Kung nasa isa kang institusyon, magsisimula ang oras na ito sa araw na umalis ka sa institusyon.

Ano ang dapat kong sunod na gawin?

- Basahin ang tungkol sa iyong mga karapatan at iyong mga tungkulin (mga pahina ng Mga Panuntunan ng Programa) bago mo lagdaan ang application.
- Dapat kang magkaroon ng panayam sa County upang talakayin ang iyong application. Kung may kapansanan ka, maaaring gumawa ng ibang mga pagsasaayos.
- Kung hindi mo sinagutan ang buong application, maaari mo itong tapusin sa iyong panayam.
- Kakailanganin mong magbigay ng patunay ng iyong kita, mga gastusin, at iba pang mga bagay upang makita kung kwalipikado ka.

Gaano katagal ito matatapos?

Maaaring tumagal nang hanggang 30 araw upang iproseso ang iyong application para sa CalFresh. Para sa tulong na pera at Medi-Cal, maaaring tumagal ito nang hanggang 45 araw. Tanungin ang County kung paano makukuha agad ang iyong mga benepisyo o pangangalaga sa kalusugan kung may emergency ka.

Maaari kang makakuha ng mga benepisyo ng CalFresh sa loob ng 3 araw ng kalendaryo kung:

- Kung ang buwanang gross income (kita bago ang mga pagbabawas) ng iyong pamilya ay mas mababa sa \$150 at ang iyong hawak na pera o pera sa mga checking o savings account ay hindi hihigit sa \$100; o kaya
- Ang mga gastos sa pabahay (upa/mortgage at mga utility) ng iyong pamilya ay higit sa iyong buwanang gross income at pera sa checking o savings; o kaya
- Isang migrante o pana-panahong magsasakang pamilya kayo na may mababa sa \$100 sa checking o savings at 1) tumigil ang iyong kita, o 2) nagsimula na ang iyong kita ngunit hindi ka umaasang makakuha ng mahigit \$25 sa darating na 10 araw.

Para sa tulong na pera, maaari kang makakuha ng agarang tulong kung:

- Wala kang bahay o mayroong abiso ng pagpapalayas o abisong magbayad ng upa o lumipat; o kaya
- Mauubos ang iyong pagkain sa loob ng tatlong araw; o kaya
- Naputol o mapuputol ang iyong mga utility; o kaya
- Wala kang sapat na pananamit o mga diaper; o kaya
- Mayroon kang isa pang uri ng emergency na mahalaga sa kalusugan at kaligtasan.

Pahinang Pang-impormasyong - Mangyaring kunin at itago para sa iyong mga tala.

Upang tulungan ang County na makita nang mas mabilis kung maaari kang makakuha ng mga benepisyo, mangyaring kumpletuhin ang mga tanong 1, 6 hanggang 9, 15, at 24, at bigyan ang County ng patunay ng iyong pagkakakilanlan (kung dala mo ito) kasama ng application. Para sa General Assistance o General Relief, tanungin ang County kung gaano katagal aabutin para mas mabilis na makuha ang mga benepisyo at magtanong tungkol sa anumang mga espesyal na panuntunan.

Papadalhan ka ng County ng liham upang ipaalam sa iyo kung naaprubahan o tinanggihan ang iyong pamilya para sa mga benepisyong in-apply-an mo.

Ano ang kailangan ko para sa aking panayam?

Upang maiwasan ang mga pagkaantala, magdala ng patunay ng mga sumusunod na item sa iyong panayam. Pumunta pa rin sa iyong panayam kahit wala kang patunay. Maaari kang matulungan ng County kung kailangan mo ng tulong sa pagkuha ng patunay. Sa panayam, sasangguni ang County sa impormasyon sa application at tatanungin ka upang makita kung maaari kang makakuha ng mga benepisyo at ang halaga ng mga benepisyong maaari mong makuha.

Patunay na Kailangan upang Makakuha ng Mga Benepisyo

- Pagkakakilanlan (Lisensya sa Pagmamaneho, State ID card, pasaporte).
- Mga sertipiko ng kapanganakan para sa lahat ng nag-a-apply para sa tulong na pera.
- Patunay kung saan ka nakatira (kasunduan sa pagpapaupa, kasalukuyang bayaring may address mo).
- Mga Social Security number para sa lahat ng nag-a-apply para sa tulong (tingnan ang paalala sa ibaba tungkol sa ilang partikular na dayuhan).
- Pera sa bangko para sa lahat ng tao sa iyong pamilya (mga bagong statement ng bangko).
- Kinita ng lahat sa iyong pamilya sa nakalipas na 30 araw (mga bagong resibo ng kita, isang statement sa trabaho mula sa isang employer). **PAALALA:** Kung self-employed, kita at mga gastusin o mga tala ng buwis.
- Hindi kinitang kita (Mga benepisyo sa kawalan ng trabaho, SSI, Social Security, Mga benepisyo ng beterano, sustento sa anak, danyos, mga kaloob o loan sa pag-aaral, kita sa pagpapaupa, atbp.).
- Legal na status ng imigrasyon **LANG** para sa mga legal na dayuhang nag-a-apply para sa mga benepisyo (isang Alien Registration Card, visa).
PAALALA: Maaaring hindi kailanganin ng ilang partikular na dayuhang nag-a-apply para sa status ng imigrasyon batay sa karahasan sa tahanan, pag-uusig sa krimen, o trafficking ang patunay na ito. Maaaring hindi rin sila mangailangan ng Social Security Number.

Patunay na Kailangan upang Makakuha ng Higit Pang Mga Benepisyo ng CalFresh

- Mga gastos sa pabahay (mga resibo ng upa, mga bayarin sa mortgage, bayarin sa buwis sa ari-arian, mga dokumento ng insurance).
- Mga gastos sa telepono at utility.
- Mga gastusing medikal para sa sinuman sa iyong pamilya na matanda (60 at mas matanda) o may kapansanan.
- Mga gastos sa pangangalaga sa bata at matanda dahil sa pagtatrabaho, paghahanap ng trabaho, pagpasok sa pagsasanay at paaralan, o pagsali sa isang kinakailangang aktibidad sa trabaho ng isang tao.
- Sustento sa anak na binabayaran ng isang tao sa iyong pamilya.

Karagdagang Patunay na Kailangan para sa Coverage sa Kalusugan

- Impormasyon tungkol sa anumang nauugnay sa trabahong insurance sa kalusugang available sa iyong pamilya.
- Mga policy number para sa anumang pangkasalukuyang insurance sa kalusugan.

Karagdagang Patunay na Kailangan para sa Tulong na Pera

- Patunay ng mga pagbabakuna sa mga batang anim na taong gulang o mas bata.
- Pagpaparehistro ng sasakyan para sa mga sasakyang pagmamay-ari mo o ng isang taong ina-apply mo.

Paano kung wala akong bahay?

Mangyaring ipaalam kaagad sa County kung wala kang bahay upang matulungan ka nilang umisip ng address na gagamitin upang tanggapin ang iyong application at makakuha ng mga abiso mula sa County patungkol sa iyong kaso. Para sa CalFresh at tulong na pera, nangangahulugan ang walang bahay na ikaw ay:

- A. Naninirahan sa isang pinapamahalaang shelter, halfway house, o katulad na lugar.
- B. Naninirahan sa bahay ng isa pang tao o pamilya nang hindi hihigit sa patuloy na 90 araw.
- C. Natutulog sa isang lugar na hindi dinisenyong, o karaniwang ginagamit bilang, tulugan (isang pasilyo, istasyon ng bus, tarangkahan, o mga katulad na lugar).

Pahinang Pang-impormasyong - Mangyaring kunin at itago para sa iyong mga tala.

MGA KARAPATAN AT TUNGKULIN

May tungkulin kang:

- Ibigay sa County ang lahat ng impormasyong kailangan upang matukoy ang iyong kwalipikasyon.
- Bigyan ang County ng patunay ng impormasyong mayroon ka kapag kailangan ito.
- Mag-ulat ng mga pagbabago gaya ng kinakailangan. Bibigyan ka ng County ng impormasyon tungkol sa kung ano, kailan, at paano mag-ulat. Para sa CalFresh at tulong na pera (cash aid), kung hindi mo matutugunan ang mga kinakailangan sa pag-uulat ng iyong pamilya, maaaring isara ang iyong kaso o babaan o itigil ang iyong mga benepisyo.
- Maghanap, kumuha, at manatili sa isang trabaho o lumahok sa ibang mga aktibidad kung sasabihin sa iyo ng County na kinakailangan ito sa iyong kaso.
- Ganap na makipagtulungan sa mga tauhan ng county, tauhan ng estado, o pederal na tauhan kung napili ang iyong kaso para sa pagsusuri o pagsisiyasat upang matiyak na wastong nakalkula ang iyong kwalipikasyon at antas ng benepisyo. Ang pagkabigong makipagtulungan sa mga pagsusuring ito ay magrerresulta sa pagkawala ng iyong mga benepisyo.
- Bayaran ang anumang tulong na pera o mga benepisyo ng CalFresh na hindi ka kwalipikado upang makuha.

May karapatan kang:

- Magpasa ng application para sa CalFresh nang ibinibigay lang ang iyong pangalan, address, at lagda.
- Magkaroon ng tagapagsaling ibinibigay ng Estado nang libre kung kailangan mo.
- Mapanatiling kumpidensyal ang impormasyong ibinibigay sa County, maliban kung direktang nauugnay sa administrasyon ng mga programa ng County.
- Bawiin ang iyong application anumang oras bago ang pagtutukoy ng County sa kwalipikasyon.
- Humingi ng tulong sa pagsagot sa iyong application o tulong sa pagkuha sa patunay na kailangan mo at humingi ng paliwanag sa mga panuntunan.
- Tratuhan nang may kagandahang-loob, konsiderasyon, at paggalang, at hindi diskriminahan.
- Makakuha ng mga benepisyo ng CalFresh sa loob ng 3 araw kung makakwalipika ka para sa Pinabilis na Serbisyo (Expedited Service).
- Makakuha ng tulong na pera sa loob ng isang araw kung makakwalipika ka para sa Agarang Pangangailangan (Immediate Need).
- Makapanayam ng County sa loob ng makatwirang tagal ng panahon kapag nag-apply ka at upang matukoy ang iyong kwalipikasyon sa loob ng 30 araw para sa CalFresh o 45 araw para sa tulong na pera at Medi-Cal.
- Magkaroon ng hindi bababa sa 10 araw upang magbigay sa County ng patunay na kailangan upang makapagtukoy ng kwalipikasyon.
- Makakuha ng nasusulat na abiso nang hindi bababa sa 90 araw bago babaan o itigil ng County ang iyong mga benepisyo ng CalFresh o tulong na pera.
- Talakayin ang iyong kaso sa County at suriin ang iyong kaso kapag hiniling mo ito.
- Humiling ng pagdinig ng Estado sa loob ng 90 araw kung hindi ka sumasang-ayon sa County tungkol sa iyong kaso. Kung humiling ka ng pagdinig bago may maganap na pagkilos sa iyong kaso, hindi magbabago ang iyong mga benepisyo hanggang sa pagdinig o sa katapusan ng panahon ng iyong sertipikasyon, anuman ang mauna. Maaari mong hilingin sa County na hayaang magbago ang iyong mga benepisyo hanggang matapos ang pagdinig upang maiwasan ang pagbabayad ng anumang mga sobrang naibigay na benepisyo. Kung magpapasya ang Administrative Law Judge nang pabor sa iyo, ibabalik ng County sa iyo ang anumang mga benepisyong itinigil.
- Magtanong tungkol sa iyong mga karapatan sa pagdinig o humiling ng referral sa legal na tulong sa mga toll-free na numero ng telepono – **1-800-952-5253** o para sa mga may kapansanan sa pagdinig o pagsasalita na gumagamit ng TDD, **1-800-952-8349**. Maaari kang makakuha ng libreng legal na tulong sa iyong lokal na tanggapan ng legal na tulong o karapatan sa welfare.
- Magsama ng kaibigan o isang tao sa pagdinig kung hindi mo gustong pumunta nang mag-isa.
- Humingi ng tulong sa County upang magparehistro upang bumoto.
- Mag-ulat ng mga pagbabagong hindi mo kinakailangang iulat, kung maaari nitong pataasin ang iyong mga benepisyo ng CalFresh o tulong na pera.
- Magbigay ng patunay ng mga gastusin ng iyong pamilya na maaaring makatulong sa iyong makakuha ng higit pang mga benepisyo ng CalFresh. Pareho ang hindi pagbibigay ng patunay sa County sa pagsasabing walang kang gastusin at hindi ka makakakuha ng higit pang mga benepisyo ng CalFresh.
- Ipaalam sa County kung gusto mong gamitin ang iyong mga benepisyo ng CalFresh para sa iyong pamilya o tulungan ka sa iyong kaso sa CalFresh ng ibang tao (Awtorisadong Kinatawan).

Binibigyan mo rin ang ahensya ng Medi-Cal ng karapatang tumuloy at kumuha ng medikal na suporta mula sa isang asawa o magulang. Kung sa palagay mo ay makakasama ang pakikipagtulangang mangolekta ng medikal na suporta sa iyo o iyong mga anak, maaari mo itong sabihin sa ahensya ng Medi-Cal at maaaring hindi ka na makipagtulungan.

Mangyaring kunin at itago para sa iyong mga tala

Mga Panuntunan at Parusa ng Programa

Gumagawa ka ng krimen kung magbibigay ka ng hindi totoo o maling impormasyon, o sinadyang hindi ibigay ang lahat ng impormasyon upang subukang kumuha ng CalFresh, tulong na pera, at Medi-Cal na hindi ka kwalipikadong makatanggap, o upang tumulong sa ibang makakuha ng mga benepisyong hindi sila kwalipikadong makatanggap. Dapat mong bayaran ang anumang mga benepisyong makukuha mo na hindi ka kwalipikadong makatanggap. Kung sinadya mo ito at nakatanggap ka ng mahigit \$950 sa mga benepisyong hindi ka kwalipikadong makatanggap, maaari kang kasuhan ng isang mabigat na krimen.

<p>Para sa CalFresh: Nauunawaan ko na kung gagawa ako ng sinasadyang paglabag sa programa sa pamamagitan ng paggawa sa anuman sa sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> magtago ng impormasyon o gumawa ng mga hindi totooong pahayag gumamit ng mga electronic benefit transfer (EBT) card na pagmamay-ari ng ibang tao o ipagamit ang aking card sa iba gamitin ang mga benepisyong ng CalFresh upang bumili ng alak o tobacco makipagpalit, magbenta, o mamigay ng mga benepisyong ng CalFresh o EBT card 	<p>Maaari akong...</p> <ul style="list-style-type: none"> mawalan ng mga benepisyong ng CalFresh sa loob ng 12 buwan para sa unang paglabag at maaaring mangailangang bayaran ang lahat ng benepisyong ng CalFresh na sobrang naibigay sa akin mawalan ng mga benepisyong ng CalFresh sa loob ng 24 buwan para sa ikalawang paglabag at maaaring mangailangang bayaran ang lahat ng benepisyong ng CalFresh na sobrang naibigay sa akin permanenteng mawalan ng mga benepisyong ng CalFresh para sa ikatlong paglabag at maaaring mangailangang bayaran ang lahat ng benepisyong ng CalFresh na sobrang naibigay sa akin magmula ng hanggang \$250,000, makulong nang hanggang 20 taon, o pareho
<ul style="list-style-type: none"> makipagpalit ng mga benepisyong ng CalFresh para sa mga controlled substance, gaya ng mga droga magbigay ng hindi totooong impormasyon tungkol sa kung sino ako at kung saan ako nakatira upang makakuha ako ng mga karagdang benepisyong ng CalFresh napatunayang nakipagpalit o nagbenta ng mga benepisyong ng CalFresh na nagkakahalaga ng mahigit \$500, o nakipagpalit ng mga benepisyong ng CalFresh para sa mga armas, amunisyon, o pampasabog 	<ul style="list-style-type: none"> mawalan ng mga benepisyong ng CalFresh sa loob ng 24 na buwan para sa unang paglabag permanenteng mawalan ng mga benepisyong ng CalFresh para sa ikalawang paglabag. mawalan ng mga benepisyong ng CalFresh sa loob ng 10 taon para sa bawat paglabag mawalan ng mga benepisyong ng CalFresh habambuhay
<p>Para sa tulong na pera, nauunawaan ko na kung ako ay...</p> <ul style="list-style-type: none"> mapapatunayan may sala sa isang sinadyang paglabag sa programa hindi susunod sa mga panuntunan ng tulong na pera mapapatunayang may sala ng isang korte ng batas o administratibong pagding sa paggawa ng ilang partikular na uri ng panloloko 	<p>Maaari akong...</p> <ul style="list-style-type: none"> mawalan ng aking tulong na pera magmula ng hanggang \$10,000 at/o makulong nang hanggang 5 taon mawalan ng tulong na pera sa loob ng 6 na buwan, 12 buwan, 2 taon, 4 na taon, 5 taon, o habambuhay.

Mahalagang Impormasyon para sa Mga Dayuhan

- Maaari kang mag-apply at makakuha ng mga benepisyong ng CalFresh, tulong na pera, o pangangalaga sa kalusugan para sa mga taong kwalipikado, kahit na may mga hindi kwalipikado sa iyong pamilya. Halimbawa, maaaring mag-apply ang mga dayuhang magulang para sa mga benepisyong ng CalFresh, tulong na pera, o pangangalaga sa kalusugan para sa kanilang mga anak na mamamayan ng U.S. o kwalipikadong imigrante, kahit na maaaring hindi kwalipikado ang mga magulang.
- Hindi makakaapekto sa iyo o sa status ng imigrasyon ng iyong pamilya ang pagkakaroon ng mga benepisyong sa pagkain. Pribado at kumpidensyal ang impormasyon sa imigrasyon.
- Susuriin ang status ng imigrasyon ng mga dayuhang kwalipikado at nag-apply para sa mga benepisyong sa U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS). Isinasaad sa pederal na batas na hindi maaaring gamitin ng USCIS ang impormasyon para sa anumang iba pa maliban sa mga kaso ng panloloko.

Pag-o-opt Out

Hindi mo kailangang magbigay ng impormasyon sa imigrasyon, mga Social Security number, o mga dokumento para sa anumang (mga) dayuhang miyembro ng pamilya na hindi nag-a-apply para sa mga benepisyong. Kakailanganing malaman ng County ang kanilang kita at impormasyon ng mapagkukunan upang wastong matukoy ang mga benepisyong ng iyong pamilya. Hindi makikipag-ugnay ang County sa USCIS tungkol sa mga taong hindi nag-a-apply para sa mga benepisyong.

Paggamit sa mga Social Security Number (SSN)

CalFresh at Tulong na Pera: Kailangang magbigay ng lahat ng nag-a-apply para sa mga benepisyong ng CalFresh o tulong na pera ng SSN, kung mayroon ka, o patunay na nag-apply ka para sa isang SSN (gaya ng isang liham mula sa tanggapan ng Social Security). Maaari ka naming tanggihan o sinumang miyembro ng iyong pamilya na hindi magbibigay sa amin ng SSN. Hindi kailangang magbigay ng ilang tao ng mga SSN upang humingi ng tulong, gaya ng mga biktima ng pang-aabuso sa tahanan, testigo sa pag-uusig, at biktima ng trafficking.

Coverage sa Kalusugan/Medi-Cal: Kailangan namin ang iyong SSN kung gusto mo ng coverage sa kalusugan at mayroon kang SSN. Maaari ding makatulong ang iyong SSN kahit na hindi mo gusto ng coverage sa kalusugan dahil mapapabilis nito ang proseso ng application. Ginagamit namin ang mga SSN upang suriin ang kita at iba pang impormasyon upang makita kung sino ang kwalipikado para sa tulong sa mga gastos sa coverage sa kalusugan. Kung mayroong may gusto ng tulong sa pagkuha ng SSN, tumawag sa 1-800-772-1213 o bisitahin ang website: www.socialsecurity.gov

Sobrang pagbibigay

Nangangahulugan itong nakakuha ka ng mga benepisyong ng CalFresh na higit sa dapat mong matanggap. Kakailanganing mong bayaran ito kahit na nagkamali ang county o kahit na hindi ito sinasadya. Maaaring babaan o itigil ang iyong mga benepisyong. Maaaring gamitin ang iyong SSN upang kolektahin ang halaga ng mga benepisyong dapat bayaran, sa pamamagitan ng mga korte, iba pang mga ahensya sa pangongolekta, o pagkilos sa pangongolekta ng pederal na pamahalaan.

Mangyaring kunin at itago para sa iyong mga tala

Sobrang pagbabayad

Nangangahulugan itong nakakuha ka ng tulong na perang higit sa dapat mong matanggap. Tulad ng sa mga benepisyong ng CalFresh, kakailanganin mong bayaran ito kahit na nagkamali ang County o kahit na hindi ito sinasadya. Maaaring babaan o itigil ang iyong tulong na pera. Maaaring gamitin ang iyong SSN upang kolektahin ang halaga ng mga benepisyong dapat bayaran, sa pamamagitan ng mga korte, iba pang mga ahensya sa pangongolekta, o pagkilos sa pangongolekta ng pederal na pamahalaan.

Pag-uulat

Dapat mag-ulat ang bawat pamilyang nakakakuha ng mga benepisyong ng mga partikular na pagbabago. Sasabihin sa iyo ng iyong county kung anong mga pagbabago ang dapat iulat, paano iulat ang mga ito, at kailan dapat iulat ang mga ito. Maaaring magresulta ang pagkabigong iulat ang mga pagbabago sa pagbaba o pagtigil sa iyong mga benepisyong. Maaari ka ring mag-ulat kung may mga nangyaring maaaring magpataas sa iyong mga benepisyong, gaya ng pagkakaroon ng mas mababang kita.

Mga Pagdinig ng Estado

May karapatan ka sa isang pagdinig ng Estado kung hindi ka sumasang-ayon sa anumang pagkilos na ginawa patungkol sa iyong application o sa iyong mga patuloy na benepisyong. Maaari kang humiling ng pagdinig ng Estado sa loob ng 90 araw ng pagkilos ng County at dapat mong sabihin kung bakit mo gusto ng isang pagdinig. May impormasyon sa kung paano humiling ng apela ang abiso sa pag-apruba o pagtanggap na matatanggap mo mula sa County. Kung hihiling ka ng pagdinig bago mangyari ang pagkilos, maaari mong mapanatiling walang pagbabago ang iyong tulong na pera at mga benepisyong ng CalFresh hanggang may mapagpasyahang desisyon.

Batas at Paglalantad sa Privacy

Nagbibigay ka ng personal na impormasyon sa application. Ginagamit ng County ang impormasyon upang makita kung kwalipikado ka para sa mga benepisyong. Kung hindi mo ibibigay ang impormasyon, maaaring tanggihan ng County ang iyong application. May karapatan kang suriin, baguhin, o iwasto ang anumang impormasyong ibinigay mo sa County. Hindi ipapakita o ibibigay ng County ang iyong impormasyon sa iba maliban kung bibigyan mo sila ng pahintulot o pinapayagan sila ng pederal na batas at batas ng estado na gawin ito. Ibe-verify ng County ang impormasyong ito sa pamamagitan ng program sa pagtutugma ng computer, kabilang ang Income and Earnings Verification System (IEVS). Gagamitin ang impormasyong ito upang subaybayan ang pagsunod sa mga alituntunin ng programa at para sa pamamahala sa programa. Maaaring ibahagi ng County ang impormasyong ito sa ibang mga pederal na ahensya at ahensya ng estado para sa mga opisyal na pagsusuri, kasama ng mga alagad ng batas para sa layunin ng pagdakip sa mga taong nagtatago sa batas, at kasama ng mga pribadong ahensya sa pangongolekta ng mga paghahabol para sa pagkilos na pangongolekta ng mga paghahabol. Maaaring i-verify ng County ang status ng imigrasyon ng mga miyembro ng pamilyang nag-a-apply para sa mga benepisyong sa pamamagitan ng pakikipag-ugnay sa USCIS. Maaaring makaapekto sa iyong pagiging kwalipikado at antas ng mga benepisyong ang impormasyong makukuha ng County mula sa mga ahensyang ito.

Gagamitin ng County ang impormasyon mula sa iyong application upang suriin ang iyong kwalipikasyon para sa tulong sa pagbabayad sa coverage sa kalusugan. Susuriin ng County ang iyong mga sagot gamit ang impormasyon sa mga electronic na database ng estado at pederal na electronic na database at mga database mula sa Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration, Department of Homeland Security, at/o isang ahensya sa pag-uulat ng consumer. Kung hindi nagtutugma ang impormasyon, maaaring hilingin sa iyo ng County na magpadala ng patunay.

Hindi pagdidiskrimina

Patakaran ng Estado at County na tratuhin ang lahat ng tao nang pantay-pantay, at nang may paggalang at dangal. Alinsunod sa pederal na batas at Patakaran ng U.S. Department of Agriculture (USDA), mahigpit na ipinagbabawal ang pagdidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, relihiyon, mga pulitikal na paniniwala, o mga kapansanan.

Upang maghain ng reklamo ng pagdidiskrimina, makipag-ugnay sa Civil Rights Coordinator ng iyong County, o sumulat o tumawag sa USDA o California Department of Social Services (CDSS):

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (boses at TDD)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (Toll-Free)

Ang USDA ay isang employer na nagbibigay ng pantay-pantay na pagkakataon.

Mga Panuntunan sa Trabaho para sa CalFresh

Maaari kang italaga ng county sa isang programa sa trabaho. Sasabihin nila sa iyo kung kusang-loob ito o kung dapat mong gawin ang programa sa trabaho. Kung mayroon kang sapilitang aktibidad sa trabaho at hindi mo ito ginawa, maaaring babaan o itigil ang iyong mga benepisyong.

Maaaring hindi ka kwalipikado para sa CalFresh kung umalis ka kamakailan sa isang trabaho.

Mangyaring kunin at itago para sa iyong mga tala

Mga Panuntunan sa Trabaho para sa CalWORKs (Welfare-to-Work)

Kung nakakakuha ka ng tulong na pera, dapat kang sumali sa Welfare-to-Work (WTW, ang pangunahing programa ng estado ng tumutulong sa mga tumatanggap ng tulong na pera na makakamit ng mga kailangang kakayahang nauugnay sa trabaho upang makapagsarili sa pamamagitan ng paglahok sa paghahanap ng trabaho, edukasyon, pagsasanay sa kakayahan, at iba pang mga programa) maliban kung hindi ka saklaw. Sasabihin sa iyo ng county kung hindi ka saklaw ng WTW. Kung hindi mo gagawin ang mga itinalagang aktibidad sa iyo, maaaring babaan o itigil ang iyong tulong na pera.

CalWORKs – Pagkuha ng Fingerprint/Larawan

Dapat kunan ng fingerprint/larawan ang lahat ng miyembro ng pamilyang nasa hustong gulang at kwalipikado para sa tulong na pera. Kung hindi nakunan ng fingerprint/larawan ang sinumang kinakailangang sumunod sa mga panuntunang ito, walang ibibigay na benepisyo sa buong pamilya. Kumpidensyal ang mga fingerprint/larawan at maaari lang gamitin upang pumigil o umusig ng panloloko sa welfare.

Paano ko makukuha/gagamitin ang aking mga benepisyo?

CalFresh at Tulong na Pera:

- Papadalan o bibigyan ka ng County ng plastic na Electronic Benefit Transfer (EBT) card. Ilagay ang mga benepisyo sa card kapag naaprubahan ang iyong application. Lagdaan ang iyong card kapag nakuha mo ito. Magse-set up ka ng Personal Identification Number (PIN) upang makakuha ng pera mula sa mga ATM o upang bumili ng pagkain at/o iba pang mga item.
- Kung ang iyong EBT card ay nawala, nanakaw, nasira o sa tingin mo ay may nakakaalam sa iyong PIN number na hindi mo gustong gumamit sa iyong mga benepisyo, tumawag sa (877) 328-9677 o agad na tumawag sa County upang iulat ito at palitan ang iyong PIN number. Tiyaking marunong din ang lahat ng taong nasa hustong gulang at ang iyong awtorisadong kinatawan na agad na mag-ulat ng isa sa mga problemang ito. **HINDI** papalitan ang anumang mga benepisyong makukuha sa iyong account bago mo iulat na nawala o nanakaw ang EBT card o PIN.
- Maaari mong gamitin ang iyong mga benepisyo ng CalFresh upang bilhin halos lahat ng pagkain, pati na rin mga binhi at halaman upang magpatubo ng sarili mong pagkain. **Hindi** ka maaaring bumili ng alak, sigarilyo, pagkain ng alagang hayop, ilang uri ng lutong pagkain, o anumang hindi pagkain (tulad ng toothpaste, sabon, o tisyu).
- Tinatanggap ang mga benepisyo ng CalFresh sa karamihan ng mga grocery store at iba pang mga lugar na nagbebenta ng pagkain. Maaaring gamitin ang tulong na pera sa karamihan ng mga tindahan at karamihan ng mga ATM. Maaaring maningil ng bayad ang ilang ATM. Maaaring may bayad din kung gagamit ka ng ATM upang kumuha ng pera pagkatapos ng tatlong pagwi-withdraw. Para sa isang listahan ng mga lokasyong malapit sa iyo na tumatanggap ng EBT, mangyaring pumunta sa: <https://www.ebt.ca.gov> o <https://www.snapfresh.org>. Malalaman mo rin kung saan ka maaaring kumuha ng pera nang hindi nagbabayad.
- Para lang sa iyo at mga miyembro ng iyong pamilya ang mga benepisyo ng CalFresh. Para lang sa iyo at mga miyembro ng iyong pamilya na naaprubahan para sa tulong na pera ang iyong tulong na pera. Ang iyong tulong na pera ay upang makatulong sa pagtugon sa mga pangunahing pangangailangan ng iyong pamilya (pabahay, pagkain, pananamit, atbp.). Panatiliing ligtas ang iyong mga benepisyo. Huwag ipamigay ang iyong PIN number. Huwag itago ang iyong PIN number kasama ng iyong EBT card.
- Ang anumang paggamit sa iyong EBT card mo, isang miyembro ng pamilya, iyong awtorisadong kinatawan, o sinumang kusang-loob mong binigyan ng iyong EBT card at PIN ay ituturing na inaprubahan mo at **HINDI** papalitan ang anumang mga benepisyong makukuha sa iyong account.

Medi-Cal at Pangangalaga sa Kalusugan:

- Para sa Medi-Cal, makakatanggap ka ng Benefits Identification Card (BIC).
 - Lagdaan ang iyong BIC kapag natanggap mo ito at gamitin lang ito upang kumuha ng mga kinakailangang serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan.
 - Huwag kailanman itapon ang iyong BIC (maliban kung binigyan ka namin ng bagong BIC). Kailangan mong itago ang iyong BIC kahit hindi ka na nakakatanggap ng Medi-Cal. Maaari mong gamitin ang parehong BIC kung kukuha kang muli ng tulong na pera o Medi-Cal.
 - Dalhin ang BIC sa iyong medical provider kapag may sakit o appointment ka o isang miyembro ng iyong pamilya.
 - Dalhin ang BIC sa medical provider na gumamot sa iyo o (mga) miyembro ng iyong pamilya sa isang pang-emergency na sitwasyon sa lalong madaling panahon hangga't maaari pagkatapos ng emergency.
- Para sa iba pang mga programa sa pangangalaga sa kalusugan, makakatanggap ka ng card sa planong pangkalusugan mula sa iyong partikular na carrier.




Pangkalahatang Tulong at Pangkalahatang Relief (General Assistance and General Relief)


- Ang Pangkalahatang Tulong at Pangkalahatang Relief (General Assistance and General Relief) ay mga programang pinapatakbo ng County para sa mga nasa hustong gulang na walang mga anak. Sasabihin sa iyo ng County ang tungkol sa iyong mga karapatan at pananagutan at ang mga panuntunan ng programa kung nag-a-apply ka para sa isa sa mga programang ito.



Mangyaring kunin at itago para sa iyong mga tala

Mangyaring gumamit ng itim o asul na tinta dahil mas madali itong basahin at pinakamahasay na nakokopya. Mangyaring isulat nang naka-print ang iyong mga sagot. Kung kailangan mo ng higit pang espasyo upang sumagot ng (mga) tanong, maglakip ng mga karagdagang piraso ng papel upang ibigay ang impormasyon. Mangyaring tiyaking tukuyin kung aling tanong ang iyong sinasagutan sa mga karagdagang piraso ng papel.









1. IMPORMASYON NG APLIKANTE


 PANGALAN (PANGALAN, GITNANG PANGALAN, APELYIDO)		 IBANG MGA PANGALAN (PANGALAN SA PAGKADALAGA, MGA PALAYAW, ATBP.)		 SOCIAL SECURITY NUMBER (KUNG MAYROON KA AT NAG-A-APPLY PARA SA MGA BENEPISYO)	
ADDRESS NG BAHAY O MGA DIREKSYON PAPUNTA SA IYONG BAHAY		APARTMENT #	LUNGSOD	COUNTY	ESTADO ZIP CODE
ADDRESS NA PAPADALHAN (KUNG NAIIBA SA ITAAS)		APARTMENT #	LUNGSOD	COUNTY	ESTADO ZIP CODE
Gusto kong makakuha ng impormasyon tungkol sa application sa pamamagitan ng email na ito. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			Gusto kong makakuha ng mga mensahe tungkol sa aking kaso sa email. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
TELEPONO NG BAHAY		TELEPONO SA TRABAHO/ ALTERNATIBONG TELEPONO/CELL PHONE		EMAIL ADDRESS	
Anong mga programa ang iyong ina-apply-an? <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> Tulong na Pera <input type="checkbox"/> Coverage sa Kalusugan Iba pa <input type="checkbox"/> Iba pa _____			May kapansanan ka ba at kailangan ng tulong sa pag-a-apply? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		


 Wala ka bang bahay? Oo Hindi Kung oo, mangyaring ipaalam agad sa County kung wala kang bahay, upang matulungan ka nilang umisip ng address na gagamitin upang tanggapin ang iyong application at makakuha ng mga abiso mula sa county tungkol sa iyong kaso.

 Sa anong wika mo mas gustong magbasa (kung hindi Ingles)? _____
 Sa anong wika mo mas gustong magsalita (kung hindi Ingles)? _____

Bibigyan ka ng County ng tagapagsalin nang libre. Kung bingi ka o hirap sa pagdinig, mangyaring maglagay ng tsek dito

 Mas mababa ba ang gross income ng iyong pamilya sa \$150 at ang hawak na pera, pera sa mga checking at savings account ba ay \$100 o mas mababa?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	 Naputol na ba ang iyong mga utility o mayroon ka bang abiso sa pagputol?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
 Ang pinagsamang gross income at mga mapagkukunan ng pera ba ng iyong pamilya ay mas mababa sa pinagsamang bayarin sa upa/mortgage at mga utility?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	 Mauubos na ba ang iyong pagkain sa loob ng 3 araw o wala pa?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
 Ang iyong pamilya ba ay isang migrante/pana-panahong magsasakang pamilyang may mapagkukunan ng perang hindi hihigit sa \$100?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	 Kailangan mo ba ng tulong sa transportasyon upang kumuha ng pagkain, pananamit, pangangalagang medikal, o iba pang (mga) item na pang-emergency?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
 May abiso ng pagpapalayas ka ba o abisong magbayad ng upa o umalis?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	 Kailangan mo ba ng mahahalagang pananamit, gaya ng mga diaper o pananamit na kailangan para sa malamig na panahon?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

 May nagdadalang-tao ba? Oo Hindi Kung oo, nakakuha ba siya ng Presumptive Eligibility card? Oo Hindi

 May personal na emergency ba ang sinuman sa iyong sambayanan? Oo Hindi Kung oo, lagyan ng tsek ang kahon: Pagdadalang-tao
 Agarang Pangangailangang Medikal Pang-aabuso sa Bata Pang-aabuso sa Tahanan Pang-aabuso sa Matanda Iba pang emergency na nagbabanta sa kalusugan o kaligtasan. Ipaliwanag:

Nauunawaan ko na sa pamamagitan ng paglagda sa application na ito sa ilalim ng kaparusahan ng panunumpa nang walang katotohanan (paggawa ng mga hindi totoong pahayag), na:

- Binasa ko, o binasa sa akin, ang impormasyon sa application na ito at ang aking mga sagot sa mga tanong sa application na ito.
- Anumang mga sagot na aking ibinigay sa mga pahinang 1 hanggang 17 at mga apendiks A hanggang E ng SAWS 2 Plus ay totoo, wasto, at kumpleto sa abot ng aking kaalaman.
- Binasa ko o binasa sa akin at nauunawaan at sumasang-ayon ako sa Mga Karapatan at Tungkulin (Mga Panuntunan ng Programa Pahina 1).
- Binasa ko, o binasa sa akin, ang Mga Panuntunan at Parusa ng Programa (Mga Panuntunan ng Programa Pahina 2 - 4).
- Nauunawaan ko na ang pagbibigay ng mga hindi totoo o nakakapanlinlang na pahayag o maling pagpapakahulugan, pagtatago o hindi pagbibigay ng impormasyon upang maging kwalipikado ay panloloko at maaari akong maparusahan sa ilalim ng pederal na batas kapag nagbigay ako ng hindi totooong impormasyon. Maaaring magdulot ang panloloko ng kriminal na kasong ihahain laban sa akin at/o maaari akong bawalan para sa isang tagal ng panahon (o habambuhay) sa pagkuha ng mga benepisyo ng CalFresh at tulong na pera.
- Nauunawaan ko na maaaring ibahagi ang mga Social Security Number o Status ng Imigrasyon para sa mga miyembro ng pamilyang nag-a-apply para sa mga benepisyo sa mga naaangkop na ahensya ng pamahalaan gaya ng inaatang ng pederal na batas.
- Ibinibigay ko sa ahensya ng Medi-Cal ang karapatang tumuloy at kumuha ng anumang pera mula sa ibang insurance sa kalusugan, legal na kasunduan, o iba pang mga third party.

PIRMA NG APLIKANTE, KATI WALANG KAMAG-ANAK (O NASA HUSTONG GULANG NA MIYEMBRO NG PAMILYA/AWTORISADONG KINATAWAN*/ TAGAPANGALAGA) *Kung may Awtorisadong Kinatawan ka, pakikumpleto ang Tanong 2 sa susunod na pahina.	PETSA
PIRMA NG ASAWA, IBANG MAGULANG, IBANG TINUTULUNGANG TAONG NASA HUSTONG GULANG, O NAKAREHISTRONG LIVE-IN PARTNER	PETSA



2. AWTORISADONG KINATAWAN NG PAMILYA

Maaari kang magpahintulot ng isang taong 18 taong gulang o mas matanda na tumulong sa iyong pamilya sa inyong mga benepisyo ng CalFresh. Maaari ding mag-salita para sa iyo ang taong ito sa panayam, tulungan kang kumumpleto ng mga form, mamili para sa iyo, at mag-ulat ng mga pagbabago para sa iyo. Kakailanganin mong bayaran ang anumang mga benepisyong hindi para sa iyo na maaari mong makuha nang hindi sinasadya dahil sa impormasyong ibinigay ng taong ito sa County at hindi papalitan ang anumang mga benepisyong hindi mo gustong gastusin nila. Kung isa kang Awtorisadong Kinatawan, kakailanganin mong bigyan ang County ng patunay ng pagkakakilanlan para sa iyong sarili at aplikante.

Gusto mo bang magpangalan ng isang taong tutulong sa iyo sa iyong kaso sa CalFresh? Oo Hindi

Kung oo, kumpletuhin ang susunod na seksyon:

PANGALAN NG AWTORISADONG KINATAWAN	NUMERO NG TELEPONO NG AWTORISADONG KINATAWAN
------------------------------------	--

Gusto mo bang magpangalan ng isang taong tatanggap at gagastos ng Mga Benepisyo ng CalFresh para sa iyong pamilya? Oo Hindi

Kung oo, kumpletuhin ang susunod na seksyon:

PANGALAN	NUMERO NG TELEPONO
ADDRESS	LUNGSOD, ESTADO, ZIP CODE



2a. MGA AWTORISADONG KINATAWAN SA INSURANCE SA KALUSUGAN

Maaari mong bigyan ng pahintulot ang isang pinagkakatiwalaang tao na magsalita tungkol sa iyong application para sa insurance sa kalusugan, makita ang iyong impormasyon, at kumilos para sa iyo sa mga bagay tungkol sa bahaging ito ng iyong application. Gusto mo bang pumili ng awtorisadong kinatawan para sa bahagi ng insurance sa kalusugan ng iyong application? Oo Hindi Kung oo, punan ang impormasyon sa Apendiks C.



3. American Indian o Alaskan Native ka ba o sinumang miyembro ng iyong pamilya? Oo Hindi
Kung oo, at nag-a-apply para sa pangangalaga sa kalusugan, mangyaring pumunta sa Apendiks B para sa mga karagdagang tanong.



LAHI/ETNISIDAD

Opsyonal ang impormasyon sa lahi at etnisidad. Hinihiling na tiyaking ibinigay ang mga benepisyo nang walang pagtatangi sa lahi, kulay, o bansang pinagmulan. Hindi maaapektuhan ng iyong mga sagot ang iyong kwalipikasyon o halaga ng benepisyo. Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop sa iyo. Isinasaad sa batas na dapat itala ng County ang iyong etnikong pangkat at lahi.



Lagyan ng tsek ang kahong ito kung hindi mo gustong bigyan ang County ng impormasyon tungkol sa iyong lahi at etnisidad. Kung hindi mo lalagyan ng tsek, ilalagay ng County ang impormasyong ito para sa mga istatistika sa mga karapatang sibil lang.



ETNISIDAD	HISPANIC, LATINO, O SPANISH BA ANG IYONG LAHING PINAGMULAN?	KUNG HISPANIC O LATINO ANG IYONG LAHING PINAGMULAN, ITINUTURING MO BA ANG SARILI MONG
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Iba _____



PINAGMULANG LAHI/ETNISIDAD



White American Indian o Alaskan Native Black o African American Iba o Halo _____



Asian (Kung nilagyan ng tsek, mangyaring pumili ng isa o higit pa sa sumusunod):

Filipino Chinese Japanese Cambodian Korean Vietnamese Asian Indian Laotian

Ibang Asian (tukuyin) _____

Native Hawaiian o Ibang Pacific Islander (Kung nilagyan ng tsek, mangyaring pumili ng isa o higit pa sa sumusunod): Native Hawaiian

Guamanian o Chamorro Samoan



4. KAGUSTAHAN SA PANAYAM

Kakailanganin mong magkaroon ng panayam sa County upang talakayin ang iyong application at makatanggap ng tulong na pera o mga benepisyo ng CalFresh. Karaniwang ginagawa ang mga panayam para sa CalFresh sa telepono, maliban kung maaari kang makapanayam kapag ibinigay mo ang iyong application sa County nang personal o mas gugustuhin mo ang isang personal na panayam. Dapat magkaroon ang mga aplikante sa tulong na pera ng personal na panayam. Kung nag-a-apply ka para sa CalWORKs at CalFresh, gagawin ang iyong panayam sa CalFresh kasabay ng iyong panayam sa CalWORKs sa loob ng mga karaniwang oras ng trabaho.

Pakilagyan ng tsek ang kahong ito kung mas gugustuhin mo ang isang personal na panayam para sa CalFresh.

Pakilagyan ng tsek ang kahong ito kung kailangan mo ng iba pang mga pagsasaayos dahil sa isang kapansanan.



5. IBA PANG MGA PROGRAMA



May nakatanggap na ba kailanman sa iyong pamilya ng tulong sa publiko (Temporary Assistance for Needy Families, Tribal TANF, Medicaid, Supplemental Nutrition Assistance Program [mga food stamp], General Assistance/General Relief, atbp.)? Oo Hindi



KUNG OO, SINO?	SAAN (COUNTY/ESTADO)?
KUNG OO, SINO?	SAAN (COUNTY/ESTADO)?

6. IMPORMASYON NG PAMILYA: MGA NASA HUSTONG GULANG

Kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon para sa lahat ng nasa hustong gulang sa bahay. Kung nag-a-apply para sa coverage sa pangangalaga sa kalusugan, isama din ang sinumang nasa hustong gulang na nakahayag sa iyong tax return.
 Kung nag-a-apply ka para sa tulong na pera at mayroong mas mahigit sa isang nasa hustong gulang sa tahanan na nag-a-apply para sa tulong ng pera o na magulang ng isang bata na nag-a-apply para sa tulong, mangyaring pumunta sa Appendix D para sa karagdagang mga tanong.
Para sa mga dayuhang ina-apply mo, mangyaring kumpletuhin ang mga karagdagang tanong 6e at 6f.

NAG-A-APPLY PARA SA MGA BENEPISYO <i>(lagyan ng tsek ang bawat uri)</i>				PANGALAN (Apeyido, Pangalan, Middle Initial)	Paano nauugnay ang tao sa iyo?	PETSA NG KAPAN-GANAKAN	KASARIAN (L O B)	Marital Status					Full-Time na Mag-aaral (lagyan ng tsek kung oo)	May kapansanan (lagyan ng tsek kung oo)	Sagutan lang ang tanong sa ibaba para sa bawat taong nag-a-apply para sa benepisyo. MAMAMAYAN o LOKAL ng U.S. (lagyan ng tsek ang Oo o Hindi) Kung hindi, kumpletuhin ang tanong 6e.	Opsyonal ang Social Security number para sa miyembrong hindi nag-a-apply para sa mga benepisyo. SOCIAL SECURITY NUMBER
								Single	Kasal	Hiwalay	Divorced	Nabalo				
CalFresh 	Tulong na Pera 	Medi-Cal Pangangalaga sa Kalusugan 	Wala 											<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		

* Kasama rin sa Tulong na Pera ang mga programang General Assistance at General Relief

6a. Pare-pareho ba ang impormasyon sa pakikipag-ugnay ng lahat ng nakalista sa tanong 6? Oo Hindi Kung hindi, pakilagay ang impormasyon sa pakikipag-ugnay ng tao sa ibaba. Kung oo, mangyaring lumaktaw sa susunod na tanong.

PANGALAN (PANGALAN, GITNANG PANGALAN, AT APELYIDO)	ADDRESS NG BAHAY (KALYE)	APARTMENT #	LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE
NUMERO NG TELEPONO NG BAHAY	ADDRESS NA PAPADALHAN (KUNG NAIIBA SA ITAAS)	APARTMENT #	LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE
TELEPONO SA TRABAHO/ALTERNATIBONG TELEPONO/CELL PHONE	EMAIL ADDRESS (OPSYONAL)				
PANGALAN (PANGALAN, GITNANG PANGALAN, AT APELYIDO)	ADDRESS NG BAHAY (KALYE)	APARTMENT #	LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE
NUMERO NG TELEPONO NG BAHAY	ADDRESS NA PAPADALHAN (KUNG NAIIBA SA ITAAS)	APARTMENT #	LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE
TELEPONO SA TRABAHO/ALTERNATIBONG TELEPONO/CELL PHONE	EMAIL ADDRESS (OPSYONAL)				

6b. IMPORMASYON NG PAMILYA: MGA BATA

Kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon para sa lahat ng bata sa bahay. Kung nag-a-apply para sa coverage sa pangangalaga sa kalusugan, isama din ang sinumang batang nakahayag sa iyong tax return.

Para sa mga dayuhang ina-apply mo, pakikumpleto ang mga karagdagang tanong 6e at 6f.

NAG-A-APPLY PARA SA MGA BENEPISYO (lagyan ng tsek ang bawat uri)	PANGALAN (Apelyido, Pangalan, Middle Initial)	Paano nauugnay ang tao sa iyo?	PETA NG KAPAN-GANAKAN	LUGAR NG KAPAN-GANAKAN	KASARIAN (L / B)	Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop sa isa o parehong magulang ng bata					Full-Time na Mag-aaral (lagyan ng tsek kung oo)	Napanatnahan ang mga shot? (lagyan ng tsek kung oo)	Sagutan lang ang tanong sa ibaba para sa bawat taong nag-a-apply para sa mga benepisyo.	Opsyonal ang Social Security number para sa miyembrong hindi nag-a-apply para sa mga benepisyo.
						Wala sa bahay	Walang trabaho	May kapansanan	Patay	Wala				
<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> Tulong na Pera <input type="checkbox"/> Medi-Cal Pangangalaga sa Kalusugan <input type="checkbox"/> Wala						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		

6c. IMPORMASYON NG SOCIAL SECURITY

May Social Security Number ba ang lahat ng nag-a-apply para sa tulong? Oo Hindi Kung **hindi**, mangyaring punan ang impormasyon sa ibaba.

Kailangan namin ang Social Security Number para sa lahat ng nag-a-apply para sa tulong. May ilang pagbubukod para sa mga taong biktima ng karahasan sa tahanan o iba pang mga krimen gaya ng human trafficking. Kung kailangan mo ng tulong sa pagkuha ng Social Security Number, tumawag sa 1-800-772-1213 o pumunta online sa www.socialsecurity.gov.

PANGALAN	DAHILAN KUNG BAKIT WALANG SOCIAL SECURITY NUMBER	NAG-APPLY PARA SA SSN
	<input type="checkbox"/> Ang tao ay isang batang wala pang isang taong gulang. <input type="checkbox"/> Labag ito sa relihiyon ng taong ito. <input type="checkbox"/> Hindi kwalipikado ang taong ito para sa isang SSN. <input type="checkbox"/> Iba _____	Nag-apply ba ang taong ito para sa isang Social Security Number? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
	<input type="checkbox"/> Ang tao ay isang batang wala pang isang taong gulang. <input type="checkbox"/> Labag ito sa relihiyon ng taong ito. <input type="checkbox"/> Hindi kwalipikado ang taong ito para sa isang SSN. <input type="checkbox"/> Iba _____	Nag-apply ba ang taong ito para sa isang Social Security Number? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi



6d. Mayroon na bang naglingkod sa serbisyo ng U.S. Military o sila ba ang asawa,

magulang o anak ng isang taong nagsilbi? Oo Hindi

Kung **oo**, pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba. Kung **hindi**, mangyaring magpatuloy sa susunod na tanong.

Pangalan	Mamamayan ng U.S.?	(✓) Status	Kagalang-galang na Pagtiwalag?	Mga Petsa ng Serbisyo
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Active duty <input type="checkbox"/> Beterano <input type="checkbox"/> Asawa, magulang, o anak ng taong nasa active duty o beterano	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Active duty <input type="checkbox"/> Beterano <input type="checkbox"/> Asawa, magulang, o anak ng taong nasa active duty o beterano	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	



6e. IMPORMASYON NG DAYUHAN – Pakikumpleto para sa mga dayuhang iyong ina-apply.

Pangalan	Petsa nang pumasok sa U.S. (kung alam)	May kwalipikadong status ng imigrasyon ba ang taong ito? Kung oo, mangyaring ibigay ang kanilang dokumento at numero ng imigrasyon.	Patuloy bang nanirahan ang taong ito sa U.S. mula 1996?	Naturalized na Mamamayan ba ang taong ito?	Ini-sponsor? (lagyan ng tsek ang Oo o Hindi) Kung oo, kumpletuhin ang tanong 6f
		URI NG DOKUMENTO: BILANG NG DOKUMENTO:	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
		URI NG DOKUMENTO: BILANG NG DOKUMENTO:	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
		URI NG DOKUMENTO: BILANG NG DOKUMENTO:	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Mayroon bang nakalista sa itaas na may kasaysayan ng pagtatrabahong hindi baba sa 10 taon (40 sangkapat)?

Oo Hindi

Kung **oo**, sino? _____

Mayroon bang nakalista sa itaas na may, o nag-apply ba para sa, o pinaplano bang mag-apply para sa isang T-Visa o U-Visa, VAWA petition?

Oo Hindi

Kung **oo**, sino? _____

Mayroon bang nagbago sa kanilang status ng imigrasyon sa nakalipas na 12 buwan?

Oo Hindi

Kung **oo**, pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba.

Kung **hindi**, mangyaring magpatuloy sa susunod na tanong.

PANGALAN	ANO ANG NAGBAGO?	PETSA NG PAGBABAGO	ALIEN NUMBER (KUNG NAAANGKOP)
PANGALAN	ANO ANG NAGBAGO?	PETSA NG PAGBABAGO	ALIEN NUMBER (KUNG NAAANGKOP)

**6f. Impormasyon ng Ini-sponsor na Dayuhan –** Pakisagutan para sa mga ini-sponsor na dayunang iyong ina-apply.

Lumagda ba ang sponsor ng I-864? Oo Hindi Kung **oo**, pakisagutan ang natitirang bahagi ng tanong.
Kung lumagda ang sponsor ng I-134, **lakwatan** ang tanong na ito.

Regular bang tumutulong sa pera ang sponsor? Oo Kung oo, magkano? \$ _____

Regular bang tumutulong ang sponsor sa anuman sa sumusunod (lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)?

upa mga damit pagkain iba pa _____

PANGALAN NG SPONSOR	SINO ANG INII-SPONSOR?	NUMERO NG TELEPONO NG SPONSOR
PANGALAN NG SPONSOR	SINO ANG INII-SPONSOR?	NUMERO NG TELEPONO NG SPONSOR

**6g. Mayroon bang magulang na hindi nakatira sa bahay ang sinumang nakalista sa tanong 6 na wala pang 21 taong gulang?**

Oo Hindi Kung **oo**, pakilista ang pangalan ng (mga) bata at ang (mga) pangalan ng mga magulang na hindi nakatira sa bahay.
Kung **hindi**, mangyaring magpatuloy sa susunod na tanong.



PANGALAN NG BATA	PANGALAN NG (MGA) MAGULANG NA HINDI NAKATIRA SA BAHAY
------------------	---



PANGALAN NG BATA	PANGALAN NG (MGA) MAGULANG NA HINDI NAKATIRA SA BAHAY
------------------	---

**6h. Mayroon bang nasa tanong 6 na nakatira kasama ng isang batang wala pang 19 taong gulang at ang pangunahing nag-aalaga sa bata?**

Oo Hindi Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong. **Kung oo, sino?** _____

**6i. Mayroon bang nakalista sa tanong 6 na may pisikal na kapansanan, kapansanan sa pag-iisip, emosyonal na kapansanan, o kapansanan sa pag-develop na nagdudulot ng mga limitasyon sa mga aktibidad (gaya ng pagliligo, pagdadamit, mga pang-araw-araw na gawain)?** Oo Hindi

Kung oo, pakilista ang (mga) pangalan ng taong may kapansanan. Kung **hindi**, mangyaring magpatuloy sa susunod na tanong.

Pangalan: _____ Pangalan: _____

**6j. Kumpletuhin para sa bawat taong may kapansanan nakalista sa tanong 6.**

Pangalan ng tao	Kailangan ba ng taong ito ng tulong sa mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay sa pamamagitan ng personal na tulong o isang medikal na pasilidad? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
-----------------	---



Kung **oo**, ipaliwanag:

Inaasahang magtatagal ang kapansanan nang: <input type="checkbox"/> 30 araw o higit pa <input type="checkbox"/> 12 buwan o higit pa	Nagtatrabaho ba ang taong ito at may mga gastusing medikal na kailangan upang mapanatili silang nagtatrabaho? Halimbawa, isang wheelchair, mga leg brace, atbp. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , pakipaliwanag:
--	---

Kailangan ba ng taong ito ng pangangalaga upang makapagtrabaho o makapasok sa paaralan ang iba? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Nasa isang medikal na pasilidad o nursing home ba ang taong ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , ano ang pangalan ng medikal na pasilidad o nursing home?
---	--

Name of person	Kailangan ba ng taong ito ng tulong sa mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay sa pamamagitan ng personal na tulong o isang medikal na pasilidad? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
----------------	---

Kung **oo**, ipaliwanag:

Inaasahang magtatagal ang kapansanan nang: <input type="checkbox"/> 30 araw o higit pa <input type="checkbox"/> 12 buwan o higit pa	Nagtatrabaho ba ang taong ito at may mga gastusing medikal na kailangan upang mapanatili silang nagtatrabaho? Halimbawa, isang wheelchair, mga leg brace, atbp. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , pakipaliwanag:
--	---

Kailangan ba ng taong ito ng pangangalaga upang makapagtrabaho o makapasok sa paaralan ang iba? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Nasa isang medikal na pasilidad o nursing home ba ang taong ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , ano ang pangalan ng medikal na pasilidad o nursing home?
---	--

**6k. Mayroon bang bata o taong may kapansanan sa pamilya na kailangan ng pangangalaga ng isa pang miyembro ng pamilya?**

Oo Hindi Kung **oo**, pakipaliwanag. Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.





6l. Mga Mag-aaral

Mayroon bang nag-a-apply para sa mga benepisyo ang pumapasok sa kolehiyo o vocational school? Oo Hindi

Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito. Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

Pangalan ng Tao	Pangalan ng Paaralan/Pagsasanay	Status ng Pagka-enroll (4 lagyan ng tsek ang isa)	Nagtatrabaho?
		<input type="checkbox"/> Half-time o higit pa <input type="checkbox"/> Wala pang half-time Bilang ng Unit: _____	Mga karaniwang oras ng trabaho bawat linggo: _____
		<input type="checkbox"/> Half-time o higit pa <input type="checkbox"/> Wala pang half-time Bilang ng Unit: _____	Mga karaniwang oras ng trabaho bawat linggo: _____



6m. May nagdadalang-tao o batang magulang bang nakalista sa tanong 6 o 6b? Oo Hindi

Kung **oo**, pakisagutan ang tanong. Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

Pangalan	Ang taong ito ba ay wala pang 20 taong gulang? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Isang batang magulang ba ang taong ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Status sa paaralan kung wala pang 20 taong gulang <input type="checkbox"/> May high school diploma <input type="checkbox"/> May GED <input type="checkbox"/> Regular na pumapasok sa paaralan <input type="checkbox"/> Hindi regular na pumapasok sa paaralan (ipaliwanag kung bakit):	Takdang petsa (kung alam)	Ilang sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito?
Pangalan	Ang taong ito ba ay wala pang 20 taong gulang? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Isang batang magulang ba ang taong ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Status sa paaralan kung wala pang 20 taong gulang <input type="checkbox"/> May high school diploma <input type="checkbox"/> May GED <input type="checkbox"/> Regular na pumapasok sa paaralan <input type="checkbox"/> Hindi regular na pumapasok sa paaralan (ipaliwanag kung bakit):	Takdang petsa (kung alam)	Ilang sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito?



6n. May nakakuha na ba ng bonus na pera o multa, o tulong sa pangangalaga sa bata, transportasyon o iba pang serbisyo mula sa Cal-Learn Program?

Oo Hindi

Kung **oo**, pakisagutan ang tanong. Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.




Pangalan	Saan (County)	(Mga) Petsa nang Natanggap




6o. Mayroon bang nakalista sa tanong 6 na napunta kailanman sa foster care? Oo Hindi


Kung **oo**, pakipaliwanag.

Pangalan:	Kailan:	Estado:	Ang taong ito ba ay 26 na taong gulang o mas bata at nasa foster care ba sila sa kanilang ika-18 kaarawan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Pangalan:	Kailan:	Estado:	Ang taong ito ba ay 26 na taong gulang o mas bata at nasa foster care ba sila sa kanilang ika-18 kaarawan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi




 **6p. May foster child bang nakatira sa iyong bahay na tumatanggap ng mga serbisyo para sa foster care?** Oo Hindi If yes, who? _____
 Pakisagutan ang mga sumusunod na tanong tungkol sa (mga) foster child:


Inilagay ba ang (mga) batang ito sa iyong bahay sa ilalim ng dependency order ng korte? Oo Hindi
 Gusto mo bang mabilang ang (mga) foster child sa iyong kaso sa CalFresh? Oo Hindi
 Kung **oo**, mabililang ang kita sa foster care na natatanggap mo bilang hindi kinikitang kita.
 Kung **hindi**, hindi mabililang ang kita sa foster care bilang hindi kinikitang kita.

 **6q. Naninirahan ba ang lahat ng nakalista sa tanong 6 sa California at umaasang patuloy na maninirahan dito?** Oo Hindi
 Kung **hindi**, pakipaliwanag.

 **6r. May nagpaplano ba sa sinumang nakalista sa tanong 6 na umalis sa California nang mahigit 30 araw?** Oo Hindi
 Kung **oo**, pakipaliwanag.

PANGALAN	KAILAN NILA BALAK UMALIS?	NAGBABALAK BANG BUMALIK SA CALIFORNIA ANG TAONG ITO? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi KUNG OO, KAILAN:
PANGALAN	KAILAN NILA BALAK UMALIS?	NAGBABALAK BANG BUMALIK SA CALIFORNIA ANG TAONG ITO? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi KUNG OO, KAILAN:

 **7. Hindi Kinikitang Kita**
 Mayroon bang nakakakuha ng kita na hindi nanggagaling sa trabaho (hindi kinikita)? Oo Hindi Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito.
 Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

Lagyan ng tsek ang lahat ng uri ng hindi kinikitang kitang naaangkop sa mga halimbawang ito (maaaring may mga iba pang hindi nakalista rito):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Social Security Disability | <input type="checkbox"/> Mga pagbebenta ng mga note, kontrata, trust deed, promissory note | <input type="checkbox"/> Mga napanalunan sa lotto/sugal |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> Mga benepisyo sa edukasyon/kita ng mga beterano | <input type="checkbox"/> Tulong sa upa/pagkain/pananamit |
| <input type="checkbox"/> Tulong na pera | <input type="checkbox"/> Bayad sa pagkakaroon ng kapansanan o pagreretiro sa pamahalaan/railroad | <input type="checkbox"/> Insurance o mga legal na kasunduan |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA | <input type="checkbox"/> Mga benepisyo ng beterano o Pensiyon ng militar | <input type="checkbox"/> Pribadong bayad sa kapansanan o pagreretiro |
| <input type="checkbox"/> Tuluyan (mula sa isang nagpapaupa) | <input type="checkbox"/> Pinansyal na tulong (mga kaloob/loan/scholarship sa pag-aaral) | <input type="checkbox"/> Kita sa bahagi at interes |
| <input type="checkbox"/> Pensiyon | <input type="checkbox"/> Mga regalong pera o iba pang mga loan | <input type="checkbox"/> Mga benepisyo ng mga nagwewelga |
| <input type="checkbox"/> Sustento sa anak/asawa | <input type="checkbox"/> Insurance sa Kawalan ng Trabaho/ State Disability Insurance (SDI) | <input type="checkbox"/> Iba pa _____ |
| <input type="checkbox"/> Upa/Mga Royalty | <input type="checkbox"/> Danyos | |
| <input type="checkbox"/> Mga benepisyo ng Social Security sa pagreretiro o para sa mga survivor | <input type="checkbox"/> Patubuang Pagsasaka/Pangingisda | |
| <input type="checkbox"/> Mga per capita na bayad | | |
| <input type="checkbox"/> Work study (part-time na pagtatrabaho upang makatulong matustusan ang pag-aaral sa kolehiyo)/welfare to work o ibang programa | | |

Taong Nakakakuha sa Pera?	Mula Saan?	Magkano?	Gaano Kadalas Natatanggap? (isang beses, linggu-linggo, buwan-buwan, o iba pa)	Inaasahang Magpatuloy? (Lagyan ng Tsek ang Oo o Hindi)
				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Kung hindi inaasahang magpatuloy ang kitang ito, pakipaliwanag:

**8. Kinikitang kita**

May nakakakuha ba ng kita mula sa isang trabaho (kinikitang kita)? Oo Hindi Kung oo, pakisagutan ang tanong na ito.

Kung hindi, lumaktaw sa susunod na tanong.

PAALALA: Kung self-employed, punan ang tanong 8a sa ibaba.

Pakilista ang lahat ng kita **bago** ibawas ang mga buwis o iba pang mga pagbabawas (gross income).

Ang mga halimbawa ng mga kinikitang kita ay (ang mga halimbawang ito ay maaaring full-time, pansamantalang pana-panahong trabaho, o pagsasanay, at maaaring may mga iba pang hindi nakalista rito):

- Mga Sahod
- Mga Komisyon
- Mga Tip
- Mga Sweldo
- Nag-aaral at nagtatrabaho
- Isama ang anumang mga may bayad na trabahong tinulungan ka ng County na makuha.

Taong Nagtatrabaho	Pangalan at Address ng Employer	Numero ng Telepono ng Employer	Bayad sa Isang Oras	Mga karaniwang oras ng trabaho bawat linggo	Gaano Kadalas Binabayaran? (Linggu-linggo, buwan-buwan, o iba pa)	Kabuuang Kinikitang Gross Income na Natanggap Ngayong Buwan?	Inaasahang Magpatuloy? (4 Lagyan ng Tsek ang Oo o Hindi)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Kung hindi inaasahang magpatuloy ang kitang ito, pakipaliwanag:

**May nawalan ba ng trabaho, nagpalit ng trabaho, bumitiw sa trabaho, o nagbawas ng mga oras ng trabaho sa nakalipas na 60 araw?** Oo Hindi

Sa nakaraang taon? Oo Hindi

Tinulungan ba ng County ang taong makuha ang trabahong ito? Oo Hindi

KUNG OO, SINO?	PETSA NG PAGKAWALA, PAGBIBITIW, O PAGPALIT NG TRABAHO	PETSA NG HULING SWELDO	DAHILAN?
MAY NAGWEWELGA BA? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	KUNG OO, SINO?	PETSA NANG NAGWELGA	PETSA NG HULING SWELDO
			DAHILAN?

**8a. Self-Employment**

Maaaring kunin ng mga self-employed na miyembro ng pamilya ang mga gastusin sa self-employment (o para sa CalFresh o tulong na pera, mag-alis ng karaniwang 40% pagbabawas sa kita sa self-employment). Para sa tulong na pera, maaari mo ring piliing gumamit ng buwanang average (kabuuang gastos sa negosyo na hinati sa 12 buwan). Kung pipiliin mo ang mga aktwal na gastusin, dapat mong ilista ang iyong mga gastusin sa negosyo sa isang hiwalay na piraso ng papel.

Self-Employed na Tao	Pangalan ng Negosyo	Uri ng Negosyo	Petsa ng Pagsisimula ng Negosyo	Buwanang Gross Income	Mga Gastusin sa Self-Employment (mangyaring 4 maglagay ng tsek sa isa)	*Net na Buwanang Kita
				\$	<input type="checkbox"/> 40% flat Rate (CalFresh/tulong na pera) <input type="checkbox"/> Mga Aktwal na Gastusin \$ _____ <input type="checkbox"/> Buwanang Average \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% flat Rate (CalFresh/tulong na pera) <input type="checkbox"/> Mga Aktwal na Gastusin \$ _____ <input type="checkbox"/> Buwanang Average \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% flat Rate (CalFresh/tulong na pera) <input type="checkbox"/> Mga Aktwal na Gastusin \$ _____ <input type="checkbox"/> Buwanang Average \$ _____	\$

* Ang net na buwanang kita ay ang buwanang gross income na binawasan ng mga gastusin.

**9. Iba Pang Kita**

Mayroon bang nakakakuha ng pabahay o paupa, mga utility, pagkain o pananamit nang libre o bilang kapalit ng pagtatrabaho? Oo Hindi



Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito.

Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

Item na Natatanggap	Libre	Para sa Trabaho	Sino ang nakakakuha sa item?	Halaga	Sino ang nagbibigay sa item?
Pabahay o Paupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Mga Utility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Pagkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Pananamit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

**10. Taunang Kita**

Nagbabagu-bago ba buwan-buwan ang kabuuang kita (hindi kinikita, kinikita, at self-employment) ninuman? Oo Hindi

Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito.

Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

Pangalan ng Tao	Ano ang magiging kabuuang kita nila ngayong taon?	Ano ang magiging kabuuang kita nila sa susunod na taon (kung sa palagay mo ay mag-iiba ito)?
	\$	\$
	\$	\$

**11. Mga Gastusin sa Pangangalaga sa Bata/Matanda ng Pamilya (Ang aktwal na halaga ng gastos na maiipon kung pinapayagan ang mga gastusing maging potensyal na pagbabawas).**

May nagbabayad ba para sa pangangalaga sa isang bata, may kapansanang matanda, o iba pang dependent upang makapagtrabaho, makapag-aral, o makapaghanap ng trabaho ka o ang ibang tao? Oo Hindi Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito.

Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

Sino ang nakakakuha ng pangangalaga?	Sino ang nagbibigay ng pangangalaga? (pangalan at address ng nagbibigay)	Halagang binabayaran?	Gaano Kadalas Binabayaran? (linggu-linggo/buwan-buwan, iba pa)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Mayroon bang tumutulong sa iyong pamilya sa pagbabayad sa lahat o bahagi ng iyong gastos sa pangangalaga sa bata/matanda na nakalista sa itaas? Oo Hindi Kung **oo**, kumpletuhin sa ibaba.

Sino ang nakakakuha ng pangangalaga?	Sino ang tumutulong magbayad?	Halagang binabayaran?	Gaano Kadalas Binabayaran? (linggu-linggo/buwan-buwan, iba pa)
		\$	
		\$	

**12. Mga Pagbabayad sa Sustento sa Anak**

Mayroon bang nakalista sa tanong 6 na may tungkulin ayon sa batas na magbayad ng sustento sa anak, kabilang ang nahuling sustento sa anak (back child support)? Oo Hindi

Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito.

Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

Sino ang nagbabayad ng sustento sa anak?	Pangalan ng (mga) batang pinagbabayaran ng sustento sa anak:	Halagang binabayaran?	Gaano Kadalas? (linggu-linggo/buwan-buwan, iba pa)
		\$	
		\$	

**13. Suporta/Sustento sa Asawa**

Mayroon bang nakalista sa tanong 6 na may tungkulin ayon sa batas na magbayad ng suporta/sustento sa asawa? Oo Hindi



Kung **oo**, pakisagutan ang mga tanong sa ibaba.

Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

Sino ang nagbabayad ng suporta/sustento sa asawa?	Halagang binabayaran?	Gaano kadalas? (linggu-linggo, bawat dalawang linggo, buwan-buwan, iba pa)
	\$	
	\$	

**14. Mga Gastusin sa Mga Espesyal na Pangangailangan**

Mayroon bang may espesyal na kundisyon o sitwasyong medikal na nangangailangan ng anuman sa sumusunod?

Espesyal na diyetang inireseta ng isang doktor? Oo Hindi Iba pang espesyal na pangangailangan? (tukuyin) Oo Hindi

Espesyal na telepono o iba pang kagamitan? Oo Hindi _____

Trabaho sa bahay (walang tao sa bahay na makakagawa rito)? Oo Hindi Pakilista ang pangalan ng taong may espesyal na pangangailangan at ipaliwanag:

Napakataas na paggamit sa mga utility? Oo Hindi

Espesyal na serbisyo sa labada? Oo Hindi

**15. Mga Gastusin ng Pamilya**

Mayroon ka bang kasamang bumibili at naghahanda ng pagkain na sinisingil para sa anumang mga gastusin ng pamilya? Oo Hindi

Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito.

Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

PAALALA: Huwag ilagay ang mga halagang binabayaran ng tulong sa pabahay gaya ng HUD o Section 8. Ang pampainit at pampalamig, telepono, ibang mga utility, at ang shelter para sa walang bahay ay mga takdang allowance. Hindi kinakailangang punan ang aktwal na halagang dapat bayaran.

Uri ng Mga Gastusin	May Gastusin?	Sino ang Nagbabayad?	Halagang Dapat Bayaran	Gaano Kadalas Sinisingil? (linggu-linggo/buwan-buwan)
Bayad sa upa o bahay	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		\$	
Mga buwis at insurance sa ari-arian (kung sinisingil nang hiwalay sa upa o mortgage)	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		\$	
Gas, electric, o ibang fuel na ginagamit sa pampainit o pampalamig, gaya ng panggatong o propane (kung hiwalay sa upa o mortgage)	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Telepono/cell phone	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Gastusin sa Shelter para sa Walang Bahay	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Tubig, sewage, basura	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Mayroon bang hindi kabilang sa iyong pamilya na tumutulong sa iyong bayaran ang mga gastusing nakalista sa itaas? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, pakikumpleto.		Sino ang tumutulong magbayad?	MAGKANO? \$	Gaano kadalas binabayaran?

Nakakakuha ba, o umaasang makakuha ng anumang mga pagbabayad ang iyong pamilya mula sa

Programang sa Tulong sa Kuryente sa Bahay para sa Mabababa ang Kita (Low Income Home Energy Assistance Program o LIHEAP). Oo Hindi

**16. Mga Gastusing Medikal:**

Bumibili at naghahanda ka ba o sinuman ng pagkain kasama ng isang matanda (60 o mas matanda) o taong may kapansanan na mayroong mga out-of-pocket na gastusing medikal? Oo Hindi
 Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito.
 Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

PAALALA: Huwag ilista ang mga asawa o anak na nakakatanggap ng mga pagbabayad sa dependent para sa isang SSI o tumatanggap ng bayad sa mga may kapansanan at bulag.

Ilista ang mga gastusing inaasahan mong magkakaroon ka sa nalalapit na hinaharap.

Ang mga pinapahintulatang gastusing medikal ay:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pangangalagang medikal o dental | <input type="checkbox"/> Mga premium ng Medicare (bahagi ng mga gastos ng Medi-Cal, atbp.) | <input type="checkbox"/> Halaga ng transportasyon (mileage o bayarin) at tuluyan upang makakuha ng medikal na pagpapagamot o mga serbisyo |
| <input type="checkbox"/> Pagpapaospital/outpatient na x Pagpapaospital/outpatient na pagpapagamot/nursing care | <input type="checkbox"/> Mga pustiso, hearing aid at prosthetic | <input type="checkbox"/> Mga inireresetang salamin sa mata at contact lens |
| <input type="checkbox"/> Mga inireresetang gamot | <input type="checkbox"/> Pagkakaroon ng nag-aalagang kinakailangan dahil sa edad, sakit, o pagkamasasakitin | <input type="checkbox"/> Mga inireresetang medikal na supply at kagamitan |
| <input type="checkbox"/> Mga premium ng patakaran ng insurance sa Kalusugan at Pagpapaospital | <input type="checkbox"/> Ang bilang at halaga ng mga pagkaing ibinibigay sa isang nag-aalaga | <input type="checkbox"/> Mga gastusin sa mga hayop na pangserbisyo (pagkain, bayarin sa beteryaryo, atbp.) |
| | <input type="checkbox"/> Mga inireresetang mabibili sa counter na gamot | |

Pangalan ng Matanda/Taong May Kapansanan	Halaga ng Gastusin	Gaano kadalas binabayaran? (linggu-linggo, buwan-buwan, iba pa)	Anong uri ng gastusin? (mga reseta, pustiso, # ng pagkain para sa nag-aalaga, atbp.)	Mababayaran ba ang pamilya para sa anumang mga medikal na gastusin? (ng Medi-Cal, insurance, miyembro ng pamilya, atbp.)
	\$			KUNG OO, NINO: MAGKANO: \$
	\$			KUNG OO, NINO: MAGKANO: \$

**17. Iba Pang Mga Gastusing Mababawasan ng Buwis**

Kung may sinumang nagbabayad para sa anumang maaaring ibawas sa isang pederal na income tax return, maaaring babaan nang kaunti ng pagsasabi nito sa amin dito ang halaga ng insurance sa kalusugan. Huwag magsama ng anumang isinama mo na sa mga gastusin sa self-employment. Kung mayroon ka pang ibang mababawang gastusin, pakisagutan ang tanong na ito. Kung hindi, lumaktaw sa susunod na tanong.

Uri ng Mga Gastusin	May Gastusin?	Sino ang nagbabayad?	Gaano kadalas binabayaran? (linggu-linggo/buwan-buwan)
Sustento	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Interes ng loan ng mag-aaral	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Iba pang mga pagbabawas (pakitukoy)	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		

**18. Mayroon bang nasa tanong 6 na nakakakuha ng pagkain mula sa anuman sa sumusunod? Oo Hindi**

Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito. Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Pangkomunidad na pasilidad sa pagkain para sa nakakatanda/may kapansanan | <ul style="list-style-type: none"> Programa sa pamimigay ng pagkain na pinapatakbo ng isang reserbasyong Native American | <ul style="list-style-type: none"> Iba pang programa sa pagkain |
|--|---|--|


KUNG OO, SINO?	ANONG PROGRAMA?
KUNG OO, SINO?	ANONG PROGRAMA?

**19. Mayroon bang nasa tanong 6 na nakatira sa anuman sa sumusunod? Oo Hindi**


Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito. Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Shelter para sa Walang Bahay Shelter para sa mga inabusong kababaihan Reserbasyon para sa mga Native American Rehabilitation center para sa mga lulong sa droga/alak Correctional facility/Kulungan (Piitan o Bilangguan) | <ul style="list-style-type: none"> Pagsasaayos na pangkat-pangkat na pamumuhay para sa bulag/may kapansanan Pederal na naka-subsidize na pabahay Psychiatric na ospital/institusyon para sa may sakit sa pag-iisip Ospital Matagalang Pangangalaga o Pasilidad sa Tuluyan at Pangangalaga |
|---|--|


Pangalang ng Tao	Pangalan ng Institusyon (Center, Shelter, Pasilidad, atbp.)	Inaasahang Petsa ng Paglabas (kung naaangkop)


 **20. Mayroon bang nakakakuha ng In-Home Supportive Services (IHSS)?** Oo Hindi
Kung oo, punan ang impormasyon sa ibaba.

SINO ANG NAKAKATANGGAP NG MGA SERBISYO?	MAGKANO ANG BINABAYARAN MO BAWAT BUWAN PARA SA MGA SERBISYO? \$
---	--


 **21. Bumibili at naghahanda ba ng pagkain kasama mo ang lahat ng nakalista sa tanong 6?** Oo Hindi
Kung hindi, ilista ang mga taong hindi bumibili at naghahanda ng pagkain kasama mo.


PANGALAN	PANGALAN
PANGALAN	PANGALAN

 **21a. May kasama ka ba sa bahay na 60 taong gulang o mas matanda at walang kakayahang bumibi at maghanda ng mga pagkain nang mag-isa dahil sa isang kapansanan?** Oo Hindi Kung oo, sino:_____


 **22. Sagutan ang mga tanong na ito para sa sinumang nangangailangan ng coverage sa kalusugan. Mayroon bang naka-enroll sa coverage sa kalusugan ngayon mula sa sumusunod?** Oo Hindi
Kung oo, lagyan ng tsek ang uri ng coverage at isulat ang (mga) pangalan ng (mga) tao sa tabi ng coverage na mayroon sila.


<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Insurance ng Employer
<input type="checkbox"/> CHIP	Pangalan ng insurance sa kalusugan
<input type="checkbox"/> Medicare	Numero ng patakaran:
<input type="checkbox"/> TRICARE (Huwag lagyan ng tsek kung may direct care o Line of Duty ka)	Is this COBRA coverage? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
<input type="checkbox"/> Mga programa sa pangangalaga sa kalusugan ng VA	Isa ba itong planong pangkalusugan para sa nagretiro? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
<input type="checkbox"/> Peace Corps	Isa ba itong planong pambenepisyo para sa empleyado <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi ng estado?
<input type="checkbox"/> Iba pa	<input type="checkbox"/> Iba pa
	Pangalan ng insurance sa kalusugan
	Numero ng Patakaran:
	Isang limitadong planong pambenepisyo ba ang planong ito tulad ng isang patakaran ng aksidente sa paaralan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

 **22a. Mayroon bang nakalista sa application na ito na inaalok ng coverage sa pangangalaga sa kalusugan mula sa isang trabaho?** Oo Hindi
Kung oo, kakailanganin mong kumpletuhin at isama ang Apendiks A.

 **22b. May inaasahan bang magwakas o nagwakas na ba sa nakalipas na 90 araw ang insurance sa kalusugan ninuman?** Oo Hindi
Kung oo, pakisagutan ang tanong. Kung hindi, lumaktaw sa susunod na tanong.

Kumpanya ng Insurance	Taong Ini-insure	Petsa ng Pagwawakas	Dahilan kung bakit ito nagwakas o magwawakas

 **22c. Mayroon bang gustong tumulong para sa mga bayaring medikal mula sa nakalipas na tatlong buwan?** Oo Hindi
Kung oo, sino:_____

 **23. Mayroon bang nakalista sa tanong 6 na nagpaplanong maghain ng pederal na income tax return sa susunod na taon?** Oo Hindi
Kung oo, kumpletuhin ang mga tanong sa ibaba para sa bawat maghahain ng buwis.
Kung hindi, lumaktaw sa 23e.

23a. Pakikumpleto ang seksyong ito para sa bawat taong nagpaplanong maghain ng pederal na income tax return **sa susunod na tao** kung sumagot ka ng oo sa tanong 23. Maaari ka pa ring mag-apply para sa insurance sa kalusugan kahit na hindi ka maghain ng pederal na income tax return.

23b. Pangalan ng tanong nagpaplanong maghain ng pederal na income tax return:_____

23c. Maghahain ba ang taong ito nang kasama ang sa asawa? Oo Hindi
Kung oo, ang pangalan ng asawa:_____

23d. Maghahayag ba ang taong ito ng anumang mga umaasa sa kanilang tax return: Oo Hindi
Kung oo, pakilista ang (mga) pangalan ng mga umaasang kini-claim mo:_____

23e. Paano nauugnay ang (mga) umaasang nakalista sa 23d sa magsusumite ng buwis na magki-claim sa kanila?:_____

23f. Upang padaliin ang pagtukoy sa aking kwalipikasyon para sa pagbabayad sa coverage sa kalusugan sa mga sumusunod na taon. Sumasang-ayon akong payagan kang gamitin ang data ng kita, kabilang ang impormasyon mula sa mga tax return. Papadalhan mo ako ng abiso, hahayaang gumawa ng anumang mga pagbabago, at maaari akong mag-opt out anumang oras.
Oo, awtomatikong i-renew ang aking kwalipikasyon para sa susunod na (maglagay ng tsek sa isa): 5 taon 4 na taon 3 taon 2 taon
 1 taon Hindi, huwag gamitin ang impormasyon mula sa mga tax return upang i-renew ang aking coverage.

**24. Mga Mapagkukunan ng Pamilya**

Mayroon bang may anumang mga mapagkukunan (pera, pera sa bangko, Certificate of Deposit, mga stock at bond, atbp.)? Oo Hindi

Kung **oo**, pakisagutan ang tanong na ito. Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.

Opsyonal para sa pangangalaga sa kalusugan; sagutan lang kung 65 taong gulang o mas matanda o may kapansanan ang isang nag-a-apply. Kung nag-a-apply ka para sa tulong na pera at CalFresh, dapat mong sagutan ang tanong.

Lagyan ng tsek ang bawat mapagkukunang nakalista sa ibaba na mayroon ka o sinuman sa iyong pamilya:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bank/Credit Union account (Checking) | <input type="checkbox"/> (Mga) Money Market Account | <input type="checkbox"/> Mga Stock |
| <input type="checkbox"/> Bank/Credit Union account (Savings) | <input type="checkbox"/> Mga mutual fund/trust fund | <input type="checkbox"/> Mga Bond |
| <input type="checkbox"/> Safe Deposit box | <input type="checkbox"/> Certificate of Deposit (CD)/IRA | <input type="checkbox"/> Mga hindi naka-cash na check |
| <input type="checkbox"/> (Mga) Savings Bond | <input type="checkbox"/> Hawak na pera | <input type="checkbox"/> Insurance sa Buhay o Pagpapalibing |
| <input type="checkbox"/> Mga Karapatan sa Langis, Pagmimina o Mineral | <input type="checkbox"/> Mga Note, Mortgage, Deed of Trust | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ |

Kung isang joint account sa isa pang tao, mangyaring sabihin sa ibaba.

Para sa bawat kahong may tsek sa itaas, kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon.

Sa Kaninong Pangalan Nakalista ang Mapagkukunan?	Uri ng Mapagkukunan	Magkano ang Halaga Nito?	Nasaan ang Mapagkukunan? (isama ang pangalan ng bangko o kumpanya kung saan hinahawakan ang pera)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Nagbenta, nakipagpalit, namigay, o naglipat ka ba o sinuman sa iyong pamilya ng mapagkukunan sa nakalipas na tatlong (30) buwan? Oo Hindi

KAILAN?	ANO ANG MAPAGKUKUNANG IYON?	ANO ANG HALAGA NITO?	MAGKANO ANG NAKUHA MO PARA RITO
		\$	\$

Kung ipinagpalit o ipinamigay mo ang mapagkukunan, pakipaliwanag: _____



Opsyonal para sa pangangalaga sa kalusugan; sagutan lang kung 65 taong gulang o mas matanda o may kapansanan ang isang nag-a-apply.

25. Personal na Ari-arian


May nagmamay-ari ba ng anumang personal o nauugnay sa negosyong ari-arian? Oo Hindi


Kung **oo**, pakisagutan ang tanong. Kung **hindi**, lumaktaw sa susunod na tanong.


- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mga Tool | <input type="checkbox"/> Kagamitan sa sports, Mga baril |
| <input type="checkbox"/> Imbentaryo ng negosyo | <input type="checkbox"/> Mga hindi motor na bangka at/o mga trailer |
| <input type="checkbox"/> Livestock | <input type="checkbox"/> Mga camper shell |
| <input type="checkbox"/> Kagamitan sa negosyo | <input type="checkbox"/> Mga personal na tool |
| | <input type="checkbox"/> Alahas, Artwork, Mga antigo, Mga koleksyon, Mga instrumento sa pagtugtog (Piano, Organ, atbp.) |


Pakisama ang item kahit na pagmamay-ari ito kasama ng iba. Huwag magsama ng mga singsing sa kasal o engagement, pamana ng pamilya, atbp. Ilista ang anumang iba pang alahas na nagkakahalaga ng \$100 o higit pa at mga gamit sa bahay o personal na item na nagkakahalaga ng mahigit \$500 bawat item.

Item	Ibinebenta ba ito?	Presyo sa Pagbili o Kasalukuyang Halaga	Halagang Dapat Bayaran
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$	\$


 Opsyonal para sa pangangalaga sa kalusugan; sagutan lang kung 65 taong gulang o mas matanda o may kapansanan ang isang nag-a-apply. Kung nag-a-apply ka para sa tulong na pera, dapat mong sagutan ang tanong.

 **26. Mga Saksakyan**
Mayroon bang nagmamay-ari, gumagamit, o nakapangalan sa kanila ang anumang pagpaparehistro ng anumang sasakyan, tulad ng: kotse, motorsiklo, snowmobile, recreational vehicle (RV), o motorboat, atbp., kahit na hindi ito gumagana? Oo Hindi
Kung oo, mangyaring sagutan ang impormasyon sa Apendiks E.


 **27. Mayroon bang nasa tanong 6 na nagmamay-ari o bumibili ba ng bahay, lupa, o ari-arian saanman kabilang ang sa isa pang estado o bansa?**
 Oo Hindi Kung oo, pakipaliwanag.


 Opsyonal para sa pangangalaga sa kalusugan; sagutan lang kung 65 taong gulang o mas matanda o may kapansanan ang isang nag-a-apply.


Sino ang nagmamay-ari o bumibili ng bahay/ari-arian?	Address ng bahay/ari-arian	Mayroon bang umuupa sa bahay sa may-ari?	Magkanong bayad sa upa ang natatanggap ng may-ari?	Hindi nakatira ngayon ngunit umaasa ang may-aring manirahang muli sa bahay sa hinaharap?
		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$ <input type="checkbox"/> Hindi pinapaupahan	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	\$ <input type="checkbox"/> Hindi pinapaupahan	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi


 **28. Diversion Program**
May nakatanggap na ba ng perang bayad o mga hindi perang serbisyo sa Diversion mula sa anumang county o ibang estado? Oo Hindi
Kung oo, pakisagutan ang tanong. Kung hindi, lumaktaw sa susunod na tanong.


Pangalan	County/Estado Kung Saan Ito Natanggap	Natanggap na Halaga	Listahan ng Mga Serbisyong Natanggap	Tinatantiyang Halaga ng Mga Serbisyo	Petsa Nang Huling Natanggap
		\$		\$	


 **29. Mga Duplicate na Benepisyo**
Napatunayan ka na ba, o sinumang miyembro ng iyong pamilya, na mapanlinlang na tumatanggap ng mga duplicate na benepisyo ng SNAP (pederal na pangalan para sa programa sa tulong sa pagkain) sa anumang Estado pagkatapos ng Setyembre 22, 1996? Oo Hindi
Kung oo, sino? _____

 **30. Trafficking ng Mga Benepisyo**
Napatunayan ka na ba, o sinumang miyembro ng iyong pamilya, na nagsagawa ng trafficking (pagpapahintulot na paggamit o pagbebenta ng mga EBT card sa iba) ng mga benepisyo ng SNAP na nagkakahalaga ng \$500 o higit pa pagkatapos ng Setyembre 22, 1996? Oo Hindi
Kung oo, sino? _____

 **31. Mga Benepisyo ng Pakikipagpalit para sa Mga Droga**
Napatunayang may sala ka na ba o sinumang miyembro ng iyong pamilya sa pakikipagpalit ng mga benepisyo ng SNAP para sa mga droga pagkatapos ng Setyembre 22, 1996? Oo Hindi
Kung oo, sino? _____

 **32. Pakikipagpalit ng Mga Benepisyo para sa Mga Armas o Pampasabog**
Napatunayang may sala ka na ba o sinumang miyembro ng iyong pamilya sa pakikipagpalit ng mga benepisyo ng SNAP para sa mga baril, amunisyon o pampasabog pagkatapos ng Setyembre 22, 1996? Oo Hindi
Kung oo, sino? _____

 **33. Panloloko**
Natigil na ba ang tulong na pera mo o ninuman sa iyong pamilya dahil napatunayang may sala sa Panloloko sa Welfare? Oo Hindi
Kung oo, sino? _____ Kailan? _____
Saan? _____

 **34. Hindi Pakikipagtulungan/Pagpapahintulot**
Natigil na ba ang tulong na pera mo o ninuman sa iyong pamilya sa pagkabigong makipagtulungan para sa mga kinakailangan sa kwalipikasyon, pagpapahintulot sa trabaho/pagsasanay o anumang iba pang dahilan? Oo Hindi
Kung oo, sino? _____ Kailan? _____
Saan? _____ Bakit? _____

**35. Nagtatagong Kriminal**

Nagtatago o tumatakas ka ba o sinumang miyembro ng iyong pamilya sa batas upang makaiwas sa pag-uusig, pagkakatadkip, o pagkakabilanggo para sa isang mabigat na krimen o tangkang mabigat na krimen? Oo Hindi

Kung oo, sino? _____

**36. Paglabag sa Subok na Paglaya/Parole**

Napag-alamang lumabag sa subok na paglaya o parole ka ba o sinumang miyembro ng iyong pamilya ng isang korte ng batas? Oo Hindi

Kung oo, sino? _____

**37. Iba Pang Mga Espesyal na Pangangailangan**

Gusto bang mag-apply ng pamilya para sa isang pagbabayad sa espesyal na pangangailangan para sa pabahay o mahalagang item sa bahay na nawala o nasira dahil sa biglaan at/o hindi pangkaraniwang pangyayari, gaya ng sunog, lindol, o baha? Oo Hindi

Kung oo, pakipaliwanag:

**38. Iba Pang Mga Serbisyo**

Available ang mga sumusunod na serbisyo. Hindi makakaapekto sa iyong kwalipikasyon ang iyong mga sagot sa mga tanong.



A. Available ang mga regular na pagpapatingin upang tulungang protektahan ang kalusugan ng iyong pamilya sa oras na humiling sa pamamagitan ng Child Health and Disability Prevention Program (CHDP) para sa mga kwalipikadong miyembro ng iyong pamilya na wala pang 21 taong gulang.

- Gusto mo ba ng higit pang impormasyon tungkol sa mga serbisyo ng CHDP? Oo Hindi
- Gusto mo ba ng mga medikal na serbisyo ng CHDP? Oo Hindi
- Gusto mo ba ng mga dental na serbisyo ng CHDP? Oo Hindi
- Kailangan mo ba ng tulong sa paggawa ng mga appointment o sa transportasyon papunta sa mga serbisyo ng CHDP? Oo Hindi

B. Gusto mo ba ng higit pang impormasyon sa mga serbisyong pagbabakuna? Oo Hindi

C. Kung nagdadalang-tao ka, makakahingi ka ng tulong sa paghahanap ng doktor, pagkakaroon ng masusustansyang pagkain at iba pang tulong.
Gusto mo bang makipag-usap sa isang tao tungkol sa tulong na ito? Oo Hindi

D. Nagpapasuso ka ba ng bata? Oo Hindi
Kung oo, nanganak ka ba sa loob ng nakalipas na 12 buwan? Oo Hindi

Kung naglagay ka ng tsek sa 38 C o D, maaaring kwalipikado ka para sa mga serbisyong ibinibigay ng Espesyal na Nakakalusog na Programa sa Pagkain para sa Mga Kababaihan, Sanggol at Bata (Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children o WIC).

E. Gusto mo ba o sinumang miyembro ng pamilya ng mga libre o murang serbisyo sa pagpapalano ng pamilya upang tumulong magplano kung paano pumigil ng mga hindi ginustong pagbubuntis at/o pagkakaroon ng susunod na anak? Oo Hindi
Kung oo, tumawag sa iyong plano sa pangangalaga sa kalusugan o regular na doktor. O kaya, para sa impormasyon at ang lokasyon ng mga kumpidensyal na klinika sa pagpapalano ng pamilya, tumawag nang toll-free sa 1-800-942-1054.

**39. Pananagutan ng Ikatlong Partido**

Mayroon bang nag-a-apply para sa pangangalaga ng kalusugan na sangkot sa isang paghahabol para sa bayad-pinsala sa manggagawa, paghahabla, o pag-aareglo dahil sa isang aksidente o pinsala? Oo Hindi

Kung oo, pakisabi sa amin kung sino:

Karagdagang Espasyong Maaring Sulatan

Karagdagang Espasyong Maaaring Sulatan

HUWAG KUMPLETUHIN - PAGGAMIT NG COUNTY LANG

IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100?

Yes No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes No

HINDI mo kailangang sagutan ang mga tanong na ito maliban kung mayroong kwalipikado sa pamilya para sa coverage sa kalusugan mula sa isang trabaho. Kung may mahigit sa isang taong inaalok ng coverage sa kalusugan mula sa ibang employer, maaari mong kopyahin ang pahinang ito at gamitin para sa ikalawang tao (o ilan man hangga't kailangan mo).
Una, sabihin sa amin ang tungkol sa trabaho (employer) na nag-aalok ng coverage.

1. PANGALAN NG EMPLEYADO (PANGALAN, GITNANG PANGALAN, APELYIDO)	2. SOCIAL SECURITY NUMBER NG EMPLEYADO — —
---	---

Impormasyon ng EMPLOYER

3. PANGALAN NG EMPLOYER		4. EMPLOYER IDENTIFICATION NUMBER (EIN) —
5. ADDRESS NG EMPLOYER		6. NUMERO NG TELEPONO NG EMPLOYER () —
7. LUNGSOD	8. ESTADO	9. ZIP CODE
10. KANINO KAMI MAAARING MAKIPAG-UGNAY TUNGKOL SA COVERAGE SA KALUSUGAN NG EMPLEYADO SA TRABAHONG ITO?		
11. NUMERO NG TELEPONO (KUNG IBA SA NUMERO NG TELEPONO NG EMPLOYER) ()	12. EMAIL ADDRESS NG EMPLOYER (KINATAWAN NG EMPLOYER)	

13. Kasalukuyan ka bang kwalipikado para sa coverage na inaalok ng employer na ito, o magiging kwalipikado ka ba sa sunod na tatlong buwan?

- Hindi (tumigil dito para sa seksyong ito ng application)
- Oo (magpatuloy)

13a. Kung nasa panahon ka ng paghihintay o pagsubok, kailan ka maaaring mag-enroll sa coverage? _____ (BB/AA/TTTT)

Ilista ang mga pangalan ng sinumang kwalipikado o magiging kwalipikado para sa coverage mula sa trabahong ito.

Pangalan: _____ Pangalan: _____ Pangalan: _____

Sabihin sa amin ang tungkol sa planong pangkalusugang inaalok ng employer na ito.

14. Nag-aalok ba ang employer ng planong pangkalusugang nakakatugon sa minimum na pamantayan ng halaga*?
 Oo Hindi

14a. Isa ba itong planong pambenepisyo para sa empleyado ng Estado? Oo Hindi

15. Para sa pinakamurang planong nakakatugon sa minimum na pamantayan ng halagang inaalok lang sa empleyado (huwag magsama ng mga planong pampamilya):
Kung may mga programang pangkalusugan ang employer, ibigay ang premium na babayaran ng empleyado kung natanggap niya ng maximum na diskwento para sa anumang mga programa sa pagpapatigil sa paninigarilyo (na nakakatulong sa empleyadong tu migil sa paninigarilyo), at hindi nakatanggap ng anumang iba pang mga diskwento batay sa mga programang pangkalusugan.

- a. Gaano kalaki ang kakailanganing bayaran ng empleyado sa mga premium para sa planong ito? \$ _____
- b. Gaano kadalas? Linggu-linggo Bawat dalawang linggo Dalawang beses sa isang buwan Buwan-buwan
- Tuwing tatlong buwan Taun-taon Hindi nag-aalok ang employer ng mga programang pangkalusugan.

16. Anong pagbabago ang gagawin ng employer para sa bagong taon ng plano (kung alam)?

- Hindi na magbibigay ang employer ng coverage sa kalusugan.
- Magsisimulang mag-alok ang employer ng coverage sa kalusugan sa mga empleyado o babaguhin ng employer ang premium para sa pinakamurang planong available lang sa empleyadong nakakatugon sa minimum na pamantayan ng halaga.
- a. Gaano kalaki ang kakailanganing bayaran ng empleyado sa mga premium para sa planong ito? \$ _____
- b. Gaano kadalas? Linggu-linggo Bawat dalawang linggo Dalawang beses sa isang buwan Buwan-buwan
- Tuwing tatlong buwan Taun-taon
- c. Petsa ng pagbabago (bb/aa/TTTT): _____
- Walang inaasahang mga pagbabagong.

*Nakakatugon ang isang planong pangkalusugang inii-sponsor ng employer sa "minimum na pamantayan ng halaga" kung ang bahagi ng plano sa kabuuang pinapayagang mga gastos sa benepisyonang nasasaklawan ng plano ay hindi bababa sa 60 porsyento ng mga naturang gastos (Seksyon 36B(c)(2)(C)(ii) ng Internal Revenue Code of 1986).



Apendiks B MGA TANONG PARA SA MGA INDIBIDWAL NA AMERICAN INDIAN AT ALASKAN NATIVE

Kumpletuhin ang seksyong ito kung American Indian o Alaskan Native ka o isang miyembro ng pamilya (asawa at/o mga dependent). Isumite ito kasama ng iyong application.

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong (mga) miyembro ng pamilya na American Indian o Alaskan Native.

Maaaring makakuha ng mga serbisyo ang mga American Indian at Alaskan Native mula sa Indian Health Services, mga programang pangkalusugan para sa mga tribo, o mga programang pangkalusugan para sa mga tagalungsod na Indian. Maaari ding hindi nila kailangang magbayad ng bahagi ng gastos at maaaring makakuha ng mga espesyal na buwanang panahon ng pag-enroll. Sagutan ang mga sumusunod na tanong upang matiyak na makukuha ng iyong pamilya ang pinakamaraming tulong hangga't maaari. Kung may mahigit sa dalawang tao kang sasabihin sa amin, gumawa ng kopya ng pahinang ito at ilakip. Maaari ka ring gumamit ng hiwalay na piraso ng papel. Tandaan lang na isulat ang bilang ng tanong sa tabi ng iyong sagot.

	AI/AN na Tao 1	AI/AN na Tao 2
1. Pangalan (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido)	Pangalan Gitang pangalan Apelyido	Pangalan Gitang pangalan Apelyido
2. Miyembro ng isang pederal na kinikilalang tribo?	<input type="checkbox"/> Oo Kung oo , ang pangalan ng tribo _____ <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo Kung oo , ang pangalan ng tribo _____ <input type="checkbox"/> Hindi
3. Nakatanggap na ba kailanman ang taong ito ng serbisyo mula sa Indian Health Service, isang programang pangkalusugan para sa mga tribo, o sa pamamagitan ng referral mula sa isa sa mga programang ito?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi , kwalipikado ba ang taong ito na makatanggap ng mga serbisyo mula sa Indian Health Services, programang pangkalusugan para sa mga tribo, mga programang pangkalusugan para sa mga tagalungsod na Indian o sa pamamagitan ng referral mula sa isa sa mga programang ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi , kwalipikado ba ang taong ito na makatanggap ng mga serbisyo mula sa Indian Health Services, programang pangkalusugan para sa mga tribo, mga programang pangkalusugan para sa mga tagalungsod na Indian o sa pamamagitan ng referral mula sa isa sa mga programang ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
4. Maaaring hindi kilalanin ang ilang partikular na pera para sa Medicaid o sa Children's Health Insurance Program (CHIP). Ilista ang anumang kitang (halaga at gaano kadalas) inulat sa iyong application na may kabilang na pera mula sa mga pinagmulang ito: <ul style="list-style-type: none"> Mga per capita na bayad mula sa isang tribo na nanggagaling sa mga likas na yaman, karapatan sa paggamit, upa, o royalty Mga bayad mula sa mga likas na yaman, pagsasaka, pagra-rancho, pangingsda, mga upa o mga royalty mula sa lupang itinalaga bilang Indian trust land ng Department of the Interior (kabilang ang mga reserbasyon at dating reserbasyon) Perang mula sa pagbebenta ng mga bagay na may halagang pangkultura 	<input type="checkbox"/> Oo - kung oo, pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba: <input type="checkbox"/> Walang iulat \$ _____ Gaano kadalas? (araw-araw, linggu-linggo, bawat dalawang linggo, buwan-buwan, taun-taon, atbp.) _____	<input type="checkbox"/> Oo - kung oo, pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba: <input type="checkbox"/> Walang iulat \$ _____ Gaano kadalas? (araw-araw, linggu-linggo, bawat dalawang linggo, buwan-buwan, taun-taon, atbp.) _____

 **Apendiks C TULONG SA PAGKUMPLETO SA APPLICATION NA ITO**

Kung gusto mong maging awtorisadong kinatawan mo ang isang tao para sa bahagi ng insurance sa kalusugan ng application na ito, mangyaring sagutan ang mga tanong sa pahinang ito. Kung isa kang legal na itinalagang kinatawan para sa isang tao sa application na ito, magsumite ng patunay kasama ng application.

1. Pangalan ng awtorisadong kinatawan (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido)

2. Address

3. Numero ng Apartment o Suite

4. Lungsod

5. Estado

6. Zip code

7. Numero ng telepono

()

8. Pangalan ng organisasyon (kung naaangkop)

9. I.D. Number
(kung naaangkop)

Sa pamamagitan ng paglagda, pinapayagan mo ang taong ito na kumuha ng opisyal na impormasyon tungkol sa bahagi ng insurance sa kalusugan ng application na ito at kumilos para sa iyo sa lahat ng usapin sa Covered California o iyong County Human Services Agency. Bilang isang paalala, maaari mong palitan anumang oras ang iyong awtorisadong kinatawan sa pamamagitan ng pagtawag sa County o pagpunta sa web sa www.HealthCare.gov.

10. Iyong lagda

11. Petsa

**(Para sa mga Certified na Counselor sa Application, Navigator, Ahente at Broker Lang).
For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.**

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)

2. First name, Middle name, Last name, & Suffix

3. Organization name

4. I.D. number (if applicable)



Appendix D

KASAYSAYAN NG PAGTATRABAHO

Kung ikaw ay nag-aaplay para sa tulong na pera (cash aid) at may dalawa o higit na nasa hustong gulang sa bahay na nag-aaplay para sa tulong, mangyaring kumpletuhin ang impormasyon sa pahinang ito para sa bawat nasa hustong gulang. Mangyaring sabihin sa amin ang tungkol sa iyong kasaysayan na kaugnay ng trabaho para sa nakalipas na 24 na buwan (dalawang taon). Kung gumagamit ng papel na aplikasyon at nangangailangan ka ng karagdagang espasyo, kopyahin ang pahinang ito o gumamit ng isang nakahiwalay na papel.

Tao 1

PANGALAN:

Trabaho 1

Ang tao bang ito ay Katutubong Amerikano? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Dahilan ng pag-alis sa trabahong ito?
Pangalan ng Tribo: _____	
Pangalan at Address ng Pinagtatrabahuhan:	Bilang ng mga oras na nagtrabaho: <input type="checkbox"/> Arawan <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Buwanan
Ito ba ay sarili mong negosyo (nagtatrabaho sa sarili)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Mga petsa na nagtrabaho ka: Mula noong _____ Hanggang _____
Magkano ang ibinabayad mo o ibinayad sa iyo sa trabahong ito at kailan? \$ _____ <input type="checkbox"/> Orasan <input type="checkbox"/> Arawan <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Bawat dalawang linggo <input type="checkbox"/> Buwanan	Tinulungan ka ba ng County na makuha ang trabahong ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Trabaho 2

Ang tao bang ito ay Katutubong Amerikano? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Dahilan ng pag-alis sa trabahong ito?
Pangalan ng Tribo: _____	
Pangalan at Address ng Pinagtatrabahuhan:	Bilang ng mga oras na nagtrabaho: <input type="checkbox"/> Arawan <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Buwanan
Ito ba ay sarili mong negosyo (nagtatrabaho sa sarili)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Mga petsa na nagtrabaho ka: Mula noong _____ Hanggang _____
Magkano ang ibinabayad mo o ibinayad sa iyo sa trabahong ito at kailan? \$ _____ <input type="checkbox"/> Orasan <input type="checkbox"/> Arawan <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Bawat dalawang linggo <input type="checkbox"/> Buwanan	Tinulungan ka ba ng County na makuha ang trabahong ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Trabaho 3

Ang tao bang ito ay Katutubong Amerikano? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Dahilan ng pag-alis sa trabahong ito?
Pangalan ng Tribo: _____	
Pangalan at Address ng Pinagtatrabahuhan:	Bilang ng mga oras na nagtrabaho: <input type="checkbox"/> Arawan <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Buwanan
Ito ba ay sarili mong negosyo (nagtatrabaho sa sarili)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Mga petsa na nagtrabaho ka: Mula noong _____ Hanggang _____
Magkano ang ibinabayad mo o ibinayad sa iyo sa trabahong ito at kailan? \$ _____ <input type="checkbox"/> Orasan <input type="checkbox"/> Arawan <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Bawat dalawang linggo <input type="checkbox"/> Buwanan	Tinulungan ka ba ng County na makuha ang trabahong ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi



Appendix D

KASAYSAYAN NG PAGTRABAHO IPINAGPAPATULUY

Kung ikaw ay nag-aaplay para sa tulong na pera (cash aid) at may dalawa o higit na nasa hustong gulang sa bahay na nag-aaplay para sa tulong, mangyaring kumpletuhin ang impormasyon sa pahinang ito para sa bawat nasa hustong gulang. Mangyaring sabihin sa amin ang tungkol sa iyong kasaysayan na kaugnay ng trabaho para sa nakalipas na 24 na buwan (dalawang taon). Kung gumagamit ng papel na aplikasyon at nangangailangan ka ng karagdagang espasyo, kopyahin ang pahinang ito o gumamit ng isang nakahiwalay na papel.

Tao 2

PANGALAN:

Trabaho 1

Ang tao bang ito ay Katutubong Amerikano? Oo Hindi

Dahilan ng pag-alis sa trabahong ito?

Pangalan ng Tribo: _____

Pangalan at Address ng Pinagtatrabahuhan:

Bilang ng mga oras na nagtrabaho:

Arawan Lingguhan Buwanan

Ito ba ay sarili mong negosyo (nagtatrabaho sa sarili)?

Mga petsa na nagtrabaho ka:

Oo Hindi

Mula noong _____ Hanggang _____

Magkano ang ibinabayad mo o ibinayad sa iyo sa trabahong ito at kailan? \$ _____

Tinulungan ka ba ng County na makuha ang trabahong ito?

Orasan Arawan Lingguhan Bawat dalawang linggo Buwanan

Oo Hindi

Trabaho 2

Ang tao bang ito ay Katutubong Amerikano? Oo Hindi

Dahilan ng pag-alis sa trabahong ito?

Pangalan ng Tribo: _____

Pangalan at Address ng Pinagtatrabahuhan:

Bilang ng mga oras na nagtrabaho:

Arawan Lingguhan Buwanan

Ito ba ay sarili mong negosyo (nagtatrabaho sa sarili)?

Mga petsa na nagtrabaho ka:

Oo Hindi

Mula noong _____ Hanggang _____

Magkano ang ibinabayad mo o ibinayad sa iyo sa trabahong ito at kailan? \$ _____

Tinulungan ka ba ng County na makuha ang trabahong ito?

Orasan Arawan Lingguhan Bawat dalawang linggo Buwanan

Oo Hindi

Trabaho 3

Ang tao bang ito ay Katutubong Amerikano? Oo Hindi

Dahilan ng pag-alis sa trabahong ito?

Pangalan ng Tribo: _____

Pangalan at Address ng Pinagtatrabahuhan:

Bilang ng mga oras na nagtrabaho:

Arawan Lingguhan Buwanan

Ito ba ay sarili mong negosyo (nagtatrabaho sa sarili)?

Mga petsa na nagtrabaho ka:

Oo Hindi

Mula noong _____ Hanggang _____

Magkano ang ibinabayad mo o ibinayad sa iyo sa trabahong ito at kailan? \$ _____

Tinulungan ka ba ng County na makuha ang trabahong ito?

Orasan Arawan Lingguhan Bawat dalawang linggo Buwanan

Oo Hindi

Appendix E **IMPORMASYON TUNGKOL SA SASAKYAN AT SARILING SERTIPIKASYON NG HALAGA NG EQUITY**

Hindi sapilitan para sa pangangalagang pangkalusugan: Sagutin lamang kung ang nag-aaplay ay 65 taong gulang o mas matanda o may-kapansanan. Kung ikaw ay nag-aaplay para sa tulong na pera (cash aid), DAPAT mong sagutin ang mga tanong na ito para sa bawat sasakyan.

Mangyaring magbigay ng impormasyon para sa bawat sasakyan na pag-aari ng sinuman, na nakagagamit, o nakalagay ang pangalan sa pagpaparehistro, o kahit ito ay hindi tumatakbo. Sasakyan ay nangangahulugang, kotse (kabilang ang trak, van, Sport Utility Vehicle [SUV]), motorsiklo, may-motor na mga scooter, snowmobile, sasakyang panlibangan (RV) o bangkang may motor.

	Sasakyan (1)	Sasakyan (2)	Sasakyan (3)
May-ari ng sasakyan			
Pangalan ng taong gumagamit ng sasakyang ito			
Ang sasakyan bang ito ay: <ul style="list-style-type: none"> • ginagamit bilang bahay? • ginagamit para sa pagtatrabaho sa sarili, suporta sa sarili, o negosyo? • kinakailangan upang ihatid ang isang may-kapansanang miyembro ng sambahayan, • ginagamit upang kumuha ng gatong o tubig ng sambahayan? 	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , maaari ka nang tumigil	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , maaari ka nang tumigil	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , maaari ka nang tumigil
Ginagamit ba ang sasakyang ito ng isang anak na wala pang 18 taong gulang upang: <ul style="list-style-type: none"> • pumunta sa paaralan? • magtrabaho? • pagsasanay? • paghahanap ng trabaho? 	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , maaari ka nang tumigil	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , maaari ka nang tumigil	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo , maaari ka nang tumigil
Ang sasakyan bang ito ay isang regalo, donasyon, inilipat ng pamilya? Ikaw ay maaaring hingan ng County na magbigay ng katunayan.	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Donasyon <input type="checkbox"/> Inilipat ng Pamilya Kung oo , tsekan ang kahon na angkop, maglakip ng katunayan mula sa DMV at tumigil dito. Kung wala kang katunayan, humingi ng tulong sa county.	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Donasyon <input type="checkbox"/> Inilipat ng Pamilya Kung oo , tsekan ang kahon na angkop, maglakip ng katunayan mula sa DMV at tumigil dito. Kung wala kang katunayan, humingi ng tulong sa county.	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Donasyon <input type="checkbox"/> Inilipat ng Pamilya Kung oo , tsekan ang kahon na angkop, maglakip ng katunayan mula sa DMV at tumigil dito. Kung wala kang katunayan, humingi ng tulong sa county.
Taon/Yari/Modelo			
Numero ng Lisenasya ng Sasakyan			
Tinantyang halaga ng sasakyan (magkano ang halaga ng sasakyan)? Tinatawag namin ito na Makatarungang Halaga sa Pamilihan.	\$ <input type="checkbox"/> Hindi ko alam/Kailangan ko ng tulong upang malaman ang halaga	\$ <input type="checkbox"/> Hindi ko alam/Kailangan ko ng tulong upang malaman ang halaga	\$ <input type="checkbox"/> Hindi ko alam/Kailangan ko ng tulong upang malaman ang halaga
Paano ko nalaman ang Makatarungang Halaga sa Pamilihan	<input type="checkbox"/> For sale na mga anunsiyo <input type="checkbox"/> Tagabenta ng Sasakyan <input type="checkbox"/> Kelly blue Book <input type="checkbox"/> Mekaniko <input type="checkbox"/> Presyo ng pagbili <input type="checkbox"/> Iba:_____	<input type="checkbox"/> For sale na mga anunsiyo <input type="checkbox"/> Tagabenta ng Sasakyan <input type="checkbox"/> Kelly blue Book <input type="checkbox"/> Mekaniko <input type="checkbox"/> Presyo ng pagbili <input type="checkbox"/> Iba:_____	<input type="checkbox"/> For sale na mga anunsiyo <input type="checkbox"/> Tagabenta ng Sasakyan <input type="checkbox"/> Kelly blue Book <input type="checkbox"/> Mekaniko <input type="checkbox"/> Presyo ng pagbili <input type="checkbox"/> Iba:_____
Magkano ang dapat kong bayaran sa sasakyan	\$ <input type="checkbox"/> Hindi ko alam/Kailangan ko ng tulong upang malaman ang halagang dapat bayaran	\$ <input type="checkbox"/> Hindi ko alam/Kailangan ko ng tulong upang malaman ang halagang dapat bayaran	\$ <input type="checkbox"/> Hindi ko alam/Kailangan ko ng tulong upang malaman ang halagang dapat bayaran
Ang ginamit ko upang malaman ang halagang dapat bayaran sa sasakyan	<input type="checkbox"/> Nakaraang Singil <input type="checkbox"/> Pahayag ng Nagpautang <input type="checkbox"/> Tantiya <input type="checkbox"/> Iba:_____	<input type="checkbox"/> Nakaraang Singil <input type="checkbox"/> Pahayag ng Nagpautang <input type="checkbox"/> Tantiya <input type="checkbox"/> Iba:_____	<input type="checkbox"/> Nakaraang Singil <input type="checkbox"/> Pahayag ng Nagpautang <input type="checkbox"/> Tantiya <input type="checkbox"/> Iba:_____
Ito ba ay isang inarkilang sasakyan?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi