

PAHAYAG NG IMPORMASYON UPANG MAGDAGDAG NG BATA NA WALA PANG EDAD NA 16

(Karagdagang Aplikasyon at Kahilingan para sa Tulong na Pera at/o CalFresh)

MGA TAGUBILIN:

Punan ang form na ito para sa isang bagong bata sa bahay at pirmahan ang seksyon ng Sertipikasyon. Kung kailangan mo pa ng espasyo, maglakip ng isang pang piraso ng papel. Gumamit ng isang form sa bawat bata.

Kung nakakakuha ka ng Tulong na Pera, at gusto mo ng tulong para sa bagong bata, dapat punan ang form na ito ng magulang o live-in partner sa California o nasa hustong gulang na kamag-anak na tagapangalaga.

Para sa mga sambahayan sa CalFresh na hindi nakakakuha o hindi gustong makakuha ng Tulong na Pera, dapat punan ang form na ito ng isang nasa hustong gulang na miyembro ng sambahayan o pinahintulatang kinatawan.

1. Pangalan ng Magulang o Kamag-anak na Tagapangalaga**Telepono**
()**2. Ibigay sa amin ang lahat ng impormasyon sa batang ito.****PANGALAN NG BATA (PANGALAN, GITNANG PANGALAN, APELYIDO)****PANGALAN NG MAGULANG O KAMAG-ANAK NA TAGAPANGALAGA****SOCIAL SECURITY NUMBER****KASARIAN** (✓)☐ L ☐ B**PANGALAN NG IBA PANG MAGULANG****LUGAR NG KAPANGANAKAN (LUNGSOD/ESTADO/BANSA)****PETSA NG KAPANGANAKAN (BUWAN, ARAW, TAON)****BULAG, BINGI, O MAY KAPANSANAN**☐ OO ☐ HINDI**URI NG HININGING TULONG (✓)**☐ Tulong na Pera☐ CalFresh**KATAYUAN SA PAGIGING MAMAMAYAN/DAYUHAN (✓)**☐ Hindi Mamamayan☐ Mamamayan ng U.S.☐ OO ☐ HINDI**RELASYON SA APLIKANTE O SA KAMAG-ANAK NA TAGAPANGALAGA NG BATA****KUNG WALA PANG 6 NA TAON ANG BATA, NAPAPANAHON BA ANG MGA PAGPAPABAKUNA?**☐ OO ☐ HINDI ☐ Hindi bata sa edad na 6**3. Isa ba siyang batang lumaki sa bahay-ampunan o sa awtorisadong tagapangalaga (foster child)?**☐ OO ☐ HINDI

A. Inilagay ba ang bata sa iyong bahay sa ilalim ng dependency order ng korte?

☐ OO ☐ HINDI

B. Gusto mo bang mabilang ang foster child at kita ng foster care sa kaso sa CalFresh?

☐ OO ☐ HINDI

C. Naka-enroll ba ang bata sa isang plano sa pangangalagang pangkalusugan?

☐ OO ☐ HINDI**4. Nakakuha ba ang bata ng tulong na pera o CalFresh ngayong buwan?**☐ OO ☐ HINDI

Kung “OO”, kumpletuhin sa ibaba:

URI NG TULONG**SAAN (County, Estado)**☐ Tulong na Pera☐ CalFresh**5. Nakakakuha ba o umaasa bang makakakuha ang bata ng anumang kita, gaya ng: Mga kita, Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (SSI/SSP), Mga Benepisyo ng Social Security, Sustento sa Anak, Bayad sa Foster Care, Mga Benepisyo ng Mga Beterano, atbp. Kung “OO”, kumpletuhin sa ibaba:**☐ OO ☐ HINDI**URI NG KITA****HALAGA (Bago ang Mga Pagbabawas, kung mayroon)****KAILAN****GAANO KADALAS**

\$

Magpapatuloy ba ang kitang ito? ☐ OO ☐ HINDI Kung “HINDI”, ipaliwanag ang anumang mga batid na pagbabago:**6. A. Buntis ba ang bata o isang menor de edad na magulang?**☐ OO ☐ HINDIKung “OO”, Lagyan ng tsek (✓) ang katayuan: ☐ Buntis ☐ Menor de edad na Magulang**KATAYUAN SA PAG-AARAL, LAGYAN NG TSEK (✓)**☐ May High School Diploma☐ May GED☐ Hindi Nag-aaral (ipaliwanag)☐ Nag-aaral☐ Iba pa (ipaliwanag):**B. Nakatanggap ba ang bata ng bonus na pera o pahintulot, o tulong sa pangangalaga sa bata, transportasyon, atbp, mula sa Programang Cal-Learn? Kung “OO”, kumpletuhin sa ibaba:**☐ OO ☐ HINDI**SAAN (COUNTY)****(MGA) PETSA NANG NATANGGAP****7. Naging bahagi ba ng serbisyo sa militar ng Estados Unidos (U.S.) ang (mga) magulang ng batang ito? Kung “OO”, kumpletuhin sa ibaba:**☐ OO ☐ HINDI**PANGALAN NG MAGULANG****ISANG MAMAMAYAN NG U.S. ANG MAGULANG**☐ OO ☐ HINDI**SANGAY NG SERBISYO****MGA PETSA NG SERBISYO****KAGALANG-GALANG NA PAGTIWALAG (HONORABLE DISCHARGE)**☐ OO ☐ HINDI**8. Kumpletuhin sa ibaba kung gusto mo ng CalFresh para sa batang ito at hindi mamamayan ng U.S. ang bata.**

A. Ilang taon sa kabuuan nanirahan sa U.S. ang batang ito at/o ang kaniyang mga magulang?

B. Habang nakatira sa U.S., ilang taon kumita ang batang ito at/o ang mga magulang ng bata sa pamamagitan ng pagtatrabaho sa U.S.?

C. Habang nakatira sa labas ng U.S., gaano katagal sa kabuuan nagtatrabaho sa U.S. o sa isang kumpanya sa U.S. ang bata at/o ang mga magulang ng bata?

PARA LANG SA PAGGAMIT NG COUNTY**CASE NAME****CASE NUMBER****WORKER NAME AND NUMBER****DATE RECEIVED****AU****Non-AU****MFG Child**☐ Yes☐ No**CF Non-HH****Excl. Member****Code:****Work Registration/Exemption Codes:****WtW:****CF:****VERIF:** ☐ Blind/Deaf/Disabled☐ SSN ☐ Citizen☐ SAVE☐ Eligible Noncitizen☐ Immun.**Alien Reg. No.****D.O.E.**3A. ☐ Request dependency order3B. ☐ CA and FC Elig/CR Chooses:Child: ☐ CA ☐ FCCR: ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP3C. ☐ Medi-Cal ☐ Fee for Service☐ Verification provided☐ Verification provided☐ FC Income Counted onCF Case ☐ YES ☐ NO☐ CA Eligible for Higher MAP**Income**☒ if exempt**Unearned****Earned****CA****CF****Verified:**☐ Referred to Cal-Learn Program☐ CW 25☐ QR 25A**CW 5****Date Initiated**☐ YES ☐ NO**CF: Honorable Discharge**☐ YES ☐ NO

9. Nagmamay-ari ba ang bata ng anumang ari-arian o may mga pinagkukunan, gaya ng: pera, lupa, mga bank account, trust fund, savings bond, Native American per capita na bayad o trust fund, o iba pang mga item? Kung "OO", kumpletuhin sa ibaba:				☐ OO ☐ HINDI		PARA LANG SA PAGGAMIT NG COUNTY	
URI NG PINAGKUKUNAN	NUMERO NG ACCOUNT/ POLICY	PANGALAN, ADDRESS NG BANGKO, ATBP.	KASALUKUYANG HALAGA	☐ Verification provided ☐ CA Restricted Account (✓) Check if exempt ☐ CA ☐ CF			
10. May Medicare o insurance sa kalusugan ba ang batang ito, gaya ng Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, atbp., na binabayaran ng isang magulang o employer ng magulang? Kung "OO", ilista ang sakop ng insurance:				☐ OO ☐ HINDI		☐ Verification provided Health Coverage Code:	
11. Nakasuhan ba ang bata ng isang krimen bilang isang nasa hustong gulang, kung oo, nagtatago o tumatakas ba siya sa batas upang makaiwas sa pag-uusig, pagkakadapig, pagkakakulong para sa krimen o tangkang paggawa ng krimen?				☐ OO ☐ HINDI			
12. Napag-alaman ba ng isang korte ng batas na lumabag sa probation o parole ang bata?				☐ OO ☐ HINDI			
13. A. Kung makakuha ka ng tulong na pera, maaaring makakuha ng mga pagsusuri sa kalusugan ang mga kwalipikadong miyembro ng iyong pamilya na wala pang edad 21 sa pamamagitan ng Child Health and Disability Prevention Program (CHDP).				☐ OO ☐ HINDI		☐ CHDP brochure and explanation given ☐ CHDP Referral ☐ Date:	
• Gusto mo ba ng higit pang impormasyon tungkol sa mga serbisyo ng CHDP?						☐ Referred for Immunization	
• Gusto mo ba ng libreng mga medikal at dental na serbisyo ng CHDP?						☐ Other services referral ☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5 ☐ Breastfeeding ☐ Postpartum ☐ WIC referral ☐ Family Planning info given Date Referred:	
• Kailangan mo ba ng tulong sa pagkuha ng mga appointment o pagpunta sa doktor o dentista?							
B. Gusto mo ba ng higit pang impormasyon tungkol sa mga serbisyo ng pagpapabakuna?							
C. Gusto mo ba ng impormasyon tungkol sa hindi pagkakaroon ng diskriminasyon, pagpapayo sa alak/droga, mga nakaraang gastusing medikal, at iba pang mga espesyal na pangangailangan?..							
D. Kailangan ba ng isang buntis na humanap ng doktor, kumuha ng medikal na transportasyon, at/o iba pang tulong?							
E. Mayroon bang nagpapasuso ng bata? Kung "OO", nanganak ba sa loob ng nakalipas na 12 buwan?.....							
F. Gusto mo bang makakuha ng impormasyon o mga serbisyo mula sa isang Klinik sa Pagpapalano ng Pamilya upang tulungan kang planuhin ang laki ng iyong pamilya at iwasan ang mga hindi napagplanuhang pagbubuntis?							

SERTIPIKASYON

Nauunawaan ko na:

- Kung sadya akong magbibigay ng maling impormasyon o hindi iuulat ang lahat ng impormasyon o sitwasyon na makaaapekto sa aking pagiging kwalipikado at mga tulong na bayad, maaari akong pagmultahin, makulong, o pareho. Maaari akong magmula ng hanggang \$10,000 para sa tulong na pera at \$250,000 para sa CalFresh. Maaari akong makulong nang hanggang 3 taon para sa tulong na pera at 20 taon para sa CalFresh. At maaaring ihinto ang mga benepisyo para sa tulong na pera at CalFresh sa loob ng 6 na buwan, 12 buwan, 2 taon, 4 na taon, 5 taon, 10 taon, 20 taon o habambuhay; at para sa Tulong na Pera sa Refugee (Refugee Cash Assistance), 3 buwan at 6 na buwan.
- Maaaring piliin ang aking kaso para sa mga pagsusuri upang patunayan ang pagiging kwalipikado; at dapat akong lubos na makipagtulungan sa kawani ng county, estado, at pederal sa anumang pagsusuri sa pamamahala ng kalidad.
- Susuriin ng kawani ng lokal, estado, at pederal ang impormasyong ibinigay ko.
- Magpapadala ang county ng impormasyon sa U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) para sa patunay ng katayuan sa imigrasyon.
- Maaaring makaapekto ang impormasyong nakukuha ng county mula sa USCIS sa pagiging kwalipikado para sa tulong na pera at CalFresh.
- Ang mga ibinigay kong serbisyo ay susuriin ng mga ahensiya ng buwis, welfare, pagkakaroon ng trabaho, school district, at ng Social Security Administration upang patunayan ang pagiging kwalipikado ng bata para sa tulong na pera at/o CalFresh at upang patunayan na nakukuha ko ang tamang halaga ng tulong na pera o CalFresh. At itutugma ang social security number sa mga talaan ng ahensiya na tagapagpatupad ng batas para sa mga warrant sa pagdakip.

Ipinapahayag ko na sa ilalim ng kaparusahan sa pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estados Unidos at ng Estado ng California na ang nilalamang impormasyon sa Pahayag ng Impormasyong ito ay totoo, tama, at kumpleto.

SINO ANG DAPAT PUMIRMA SA FORM NA ITO: Para sa Tulong na Pera, ikaw at ang iyong tinutulungang asawa, Nakarehistrong Live-in Partner, o iba pang magulang (ng mga tinutulungang bata), kung nakatira sa bahay.

Para sa CalFresh, isang nasa hustong gulang na miyembro ng sambayanan o pinahintulatang kinatawan.

PIRMA NG KAMAG-ANAK NA TAGAPANGALAGA AT/O NASA HUSTONG GULANG NA MIYEMBRO NG CALFRESH O PINAHINTULUTANG KINATAWAN				PETSA	
PIRMA NG TINUTULUNGANG ASAWA O LIVE-IN PARTNER O IBA PANG MAGULANG (NG TINUTULUNGANG BATA) KUNG NAKATIRA SA BAHAY				PETSA	
PIRMA NG SAKSI SA PAGMARKA, TAGAPAGSALIN, O IBANG TAONG KUKUMPLETO NG FORM				PETSA	

PARA LANG SA PAGGAMIT NG COUNTY

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