

Mga Karagdagang Miyembro ng Pamilya na Humihiling ng Medi-Cal

1 Pangalan ng Aplikante/Tagapag-alaga (Pangalan, Gitnang Pangalan, Apelyido)		Kaugnayan ng Aplikante/Tagapag-alaga sa (mga) Bata		County Use Only Case name: _____ Case # _____ Worker # _____ Date: _____	
Pangalan sa Sertipiko ng Kapanganakan	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	Buntis? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Takdang Petsa ng Panganganak: _____ Bilang ng mga sanggol: _____		Linkage	
Num. Ng Social Security	Petsa ng Kapanganakan _____ Buwan Araw Taon	Humiling ng Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung Oo, ipagkaloob ang Num. ng Card ng Pagkakakilanlan para sa Mga Benepisyo kung nasa iyo ito:		SSN	
Lugar ng Kapanganakan (Lungsod/Estado/Bansa)		Mamamayan o Nasyonal ng Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung Hindi, petsa nang dumating sa Estados Unidos _____ Buwan Araw Taon		PREG	
Ang tao bang ito ay mayroong kapansanang pisikal, pangkaisipan, pangdamdamin o hinggil sa pag-unlad? <input type="checkbox"/> Oo. Petsa nang mag-umpisa ang kapansanan: _____ <input type="checkbox"/> Hindi		Marital Status (lagyan ng tsek ang isa): <input type="checkbox"/> Kasal <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Biyudo/a <input type="checkbox"/> Diborsiyado/a <input type="checkbox"/> Hiwalay		ID	
2 Pangalan ng Asawa/Ibang Magulang (Pangalan, Gitnang Pangalan, Apelyido)		Kaugnayan sa Aplikante/Tagapag-alaga		Linkage	
Pangalan sa Sertipiko ng Kapanganakan	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	Buntis? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Takdang Petsa ng Panganganak: _____ Bilang ng mga sanggol: _____		SSN	
Num. Ng Social Security	Petsa ng Kapanganakan _____ Buwan Araw Taon	Humiling ng Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung Oo, ipagkaloob ang Num. ng Card ng Pagkakakilanlan para sa Mga Benepisyo kung nasa iyo ito:		PREG	
Lugar ng Kapanganakan (Lungsod/Estado/Bansa)		Mamamayan o Nasyonal ng Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung Hindi, petsa nang dumating sa Estados Unidos _____ Buwan Araw Taon		ID	
Ang tao bang ito ay mayroong kapansanang pisikal, pangkaisipan, pangdamdamin o hinggil sa pag-unlad? <input type="checkbox"/> Oo. Petsa nang mag-umpisa ang kapansanan: _____ <input type="checkbox"/> Hindi		Marital Status (lagyan ng tsek ang isa): <input type="checkbox"/> Kasal <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Biyudo/a <input type="checkbox"/> Diborsiyado/a <input type="checkbox"/> Hiwalay		Other	
3 Pangalan ng Bata: (Pangalan, Gitnang Pangalan, Apelyido) o "Hindi pa ipinanganak"		Kaugnayan sa Aplikante/Tagapag-alaga		Linkage	
Pangalan sa Sertipiko ng Kapanganakan	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	Buntis? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Takdang Petsa ng Panganganak: _____ Bilang ng mga sanggol: _____		SSN	
Num. Ng Social Security	Petsa ng Kapanganakan _____ Buwan Araw Taon	Humiling ng Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung Oo, ipagkaloob ang Num. ng Card ng Pagkakakilanlan para sa Mga Benepisyo kung nasa iyo ito:		PREG	
Lugar ng Kapanganakan (Lungsod/Estado/Bansa)		Mamamayan o Nasyonal ng Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung Hindi, petsa nang dumating sa Estados Unidos _____ Buwan Araw Taon		ID	
Ang bata ba ang nakatira sa tahanan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		Ang bata ba ay pumapasok paaralan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		Medical Support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> CW 2.1 Q <input type="checkbox"/> CW 2.1 <input type="checkbox"/> Not in home, 18-21 tax dependent	
Pangalan ng Ina:		Pangalan ng Ama:			
Ang bata bang ito ay mayroong kapansanang pisikal, pangkaisipan, pangdamdamin o hinggil sa pag-unlad? <input type="checkbox"/> Oo. Petsa nang mag-umpisa ang kapansanan: _____ <input type="checkbox"/> Hindi		Ang alinman sa dalawang magulang ba ay: <input type="checkbox"/> Pumanaw na <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Kulang sa kakayahan/may kapansanan <input type="checkbox"/> Walang trabaho			

4 Mayroon bang kasalukuyang nasasaklaw sa segurong pangkalusugan/dental ng Medicare? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung gayon, sino?	<input type="checkbox"/> DHCS 6155 OHC Code: _____			
5 Mayroon na bang nagsampa ng demanda sanhi ng isang aksidente o pinsala? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> DHCS 6268			
6 Ikaw ba o kahit na sinong miyembro ng pamilya ang nagnanais na ang Medi-Cal ang magsaklaw para sa mga medikal na gastusin sa nakaraang tatlong buwan at nais na mag-apply para sa Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Ilista ang (mga) pangalan: _____ (Mga) buwan ng pagkakasaklaw: _____	<input type="checkbox"/> MC 210 A Retroactive Coverage <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Month 1</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Month 2</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Month 3</td> </tr> </table>	Month 1	Month 2	Month 3
Month 1	Month 2	Month 3		
7 Ikaw ba o kahit na sinong miyembro ng pamilya ay nagsilbi na sa militar ng Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung Oo, sino? (Mga) Pangalan: _____ Kaugnayan: _____	<input type="checkbox"/> CW 5			

8 Maaaring ibahagi ng programa ng Medi-Cal ang iyong impormasyon maliban kung lagyan mo ng tsek ang kahon sa ibaba:

- Ibabahagi namin ang aplikasyon ng iyong anak sa Healthy Families kung ang iyong anak ay hindi na karapat-dapat para sa walang bayad na Medi-Cal sa hinaharap. Kung **hindi** mo nais na ibahagi ito, lagyan ng tsek dito
- Ibabahagi namin ang aplikasyon ng iyong anak sa Healthy Kids o katulad na programa ng county kung ang iyong anak ay hindi kuwalipikado para sa ganap na saklaw sa Medi-Cal. Kung **hindi** mo nais na ibahagi namin ito, lagyan ng tsek dito

9 **Kita ng Pamilya:** Ilista ang kita ng **bawat** tao na nakalista sa aplikasyon na ito. Isama ang sustento sa bata at sustento sa asawa na natanggap. (Gumamit ng hiwalay na linya para sa bawat pinagkukunan ng kita.)

Pangalan ng tao na May Kinikita (Ang mga bata na nasa paaralan ay hindi kinakailangan na itala ang kanilang kita mula sa trabaho.)	Pinagkukunan ng Kita (Trabaho, social security, pensyon, atbp.)	Gaano kadalas nakukuha ang kita? (Lingguhan, tuwing dalawang linggo, buwanan)	Magkano ang kita? (Kabuuang gross na kita)	Num. Ng Social Security (Opsyonal)
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

10 **Mga Gastusin:** Ilista ang buwanang gastusin para sa lahat ng mga taong nakatala sa itaas.

Pang-araw na Pag-aalaga sa Bata o Pag-aalaga sa May Kapansanang Umaasa

Para kay (pangalan ng anak o umaasa): _____ Edad: _____ Halagang Binayaran: _____

Gaano Kadalas? _____

Para kay (pangalan ng anak o umaasa): _____ Edad: _____ Halagang Binayaran: _____

Gaano Kadalas? _____

Utos ng Korte na sustento sa bata

Binayaran kay: _____ Binayaran ni: _____ Halagang binayaran: _____

Utos ng Korte na sustento sa asawa

Binayaran kay: _____ Binayaran ni: _____ Halagang binayaran: _____

Mangyaring tandaan na ang karagdagang impormasyon tungkol sa iyong ari-arian, kita at/o mga dulugan ay maaaring kailanganin kung naaangkop.

Pinatotohanan ko na aking nabasa at naunawaan ang impormasyon sa itaas. Pinatotohanan ko rin na ang impormasyon na aking ipinagkaloob sa form na ito ay tama at wasto.

Lagda _____ Petsa: _____