

KARAGDAGANG PAHAYAG NG MGA KATOTOHANAN PARA LAMANG SA BATANG APLIKANTE NG MEDI-CAL — MAS BATA SA EDAD NA 18 (MC 223C) MGA TAGUBILIN

Basahin ang LAHAT ng mga impormasyon sa ibaba BAGO ka magsimula. Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa form na ito, o kung kailangan mo ng tulong sa pagsusulat nito, mangyari lamang na tawagan ang ahensya ng social services sa iyong county.

Ang impormasyon na iyong ipinagkaloob sa form na ito ay gagamitin ng California Department of Social Services, Disability Determination Service Division. Ang ahensyang iyon ang magpapasya sa kapansanan sa application ng bata sa Medi-Cal. Upang makatulong na mapabilis lalo ang kaso ng bata, subukan na kumpletuhin hanggang maaari ang form na ito.

Lahat ng mga tanong sa form na ito ay tumutukoy sa bata - ipagkaloob ang impormasyon tungkol sa kanya, at hindi tungkol sa iyo.

- I-type o i-print ng malinaw
- Sagutin nang buo ang lahat ng mga katanungan
- Huwag lumaktaw sa mga tanong. Kung hindi mo alam ang mga sagot ay huwag itong iwanang blangko. Isulat ang “wala”, “hindi alam,” o “hindi naaangkop”.

Ilista ang isang ospital/klinika lamang o isang doktor/therapist sa bawat seksyon ng Bahagi 5 - Medikal na Impormasyon. Tiyakin na ibigay ang mga sumusunod na impormasyon:

- Buong pangalan ng ospital/klinika at doktor/therapist
- Address
- Ang numero ng ospital/klinika ng bata.

Kung ang aplikante ay hindi isang batang mas bata sa 18, kailangan mong gamitin ang form na tiyak para sa mga adulto (MC 223), na maaari mong makuha mula sa iyong ahensya ng social services ng county.

Impormasyon tungkol sa Awtorisasyon para sa Pagpapalabas ng Impormasyon (MC 220)

- Mangyari lamang na ipagkaloob ang isang Awtorisasyon ng Pagpapalabas ng Impormasyon (MC 220) para sa bawat doktor, ospital, klinika, o therapist na iyong inilista sa form na ito.
- Kailangan mong ipirma ang iyong pangalan (hindi ang pangalan ng bata) sa “Pahayag ng Nagpapahintulot na Indibiduwal” na linya sa MC 220 at lagyan ng tsek ang naaangkop na kahon (Magulang ng menor de edad, Tagapag-alaga, o Iba pang personal na kinatawan). Pirmahan ang bawat isa sa MC 220—huwag pirmahan ang isa at i-photocopy ito.
- Kung ikaw ay magkamali, kailangan mong makipag-uganayan sa county para sa isang bagong form ng pahintulot. Huwag gumamit ng white out o iwasto sa Awtorisasyon ng Pagpapalabas ng Impormasyon (MC 220).
- Kung ang taong pumirma sa pahintulot ay kinakailangang pumirma gamit ang isang “X” o isang “marka”, ang “X” o “marka” ay kailangan kasama sa lagda ng saksi at ipahayag ang kaugnayan ng saksi sa taong nagpapalabas ng impormasyon.
- Sinumang bata na umabot sa edad na 12 ay dapat pumirma sa kanyang sariling Awtorisasyon sa Pagpapalabas ng Impormasyon (MC 220) kung ang kanilang kapansanan ay nauugnay sa mga serbisyong handang magamit sa pamamagitan ng programa ng Pinahintulutan ng Menor de Edad. Ang menor de edad ay kailangang pumirma sa MC 220 at ang “Mga Serbisyong Pinahintulutan ng Menor de Edad Lamang” na kahon ay dapat lagyan ng tsek.

Isang nakahiwalay na MC 223C Ay kinakailangan sa bawat bata na nag-a-apply para sa Medi-Cal batay sa isang kapansanan. Simulan sulatan ang form sa Pahina 2.

KARAGDAGANG PAHAYAG NG MGA KATOTOHANAN PARA SA LAMANG SA BATANG APLIKANTE NG MEDI-CAL — MGA TAGUBILIN PARA SA MAS BATA SA EDAD NA 18

<i>County Use Only</i>		
County Number	Aid Code	Case Number

BAHAGI 1—PERSONAL NA IMPORMASYON

A. Pangalan ng Bata (pangalan, gitnang pangalan, apelyido)	B. Social Security na Numero	C. Petsa ng Kapanganakan
---	-------------------------------------	---------------------------------

D. Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	E. Taas Piye _____ Pulgada _____	F. Timbang sa Libra
--	--	----------------------------

G. Sino ang kasama ng bata sa bahay?

Pangalan	Kaugnayan	Numero ng Telepono	<input type="checkbox"/> Walang Telepono
Address ng Tirahan (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code

H. Address Pang-koreo (kung iba mula sa Address ng tirahan)

Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
-------------------------	---------	--------	----------

I. Tao na nag-a-apply para sa bata

Pangalan	Kaugnayan	Numero ng Telepono	<input type="checkbox"/> Walang Telepono
Numero ng Teleponong Mapag-iwan ng Mensahe (Message Phone)		Tao na iiwanan ng mensahe	

J. Anong wika/diyalekto ang pinakamainam sa pagsasalita at pagbabasa ng tao na nag-a-apply para sa bata?

BAHAGI 2—ANG MGA SAKIT, PINSALA, O MEDIKAL NA KUNDISYON NG BATA

A. Ano ang mga sakit, pinsala, o medikal na kundisyon ng bata?	Kailan ito nagsimula? (buwan/taon)	<i>County Use Only</i>

BAHAGI 3—SOCIAL SECURITY/SSI NA IMPORMASYON

County Use Only

A. Ang bata ba ay nakapag-apply na para sa mga benepisyo sa kapansanan ng Social Security o Supplemental Security Income (SSI) sa nakaraang dalawang taon?

<input type="checkbox"/> Oo	Kung oo, mangyari lamang sagutin ang sumusunod, kung Hindi, lumaktaw sa Bahagi 4.
<input type="checkbox"/> Hindi	

B. Ang application ba para sa kapansanan ng Social Security o SSI ay:

<input type="checkbox"/> Aprubado	Petsa: _____	<input type="checkbox"/> Tinanggihang	Petsa: _____	<input type="checkbox"/> Di kilala
<input type="checkbox"/> Naka-apela	Petsa: _____	<input type="checkbox"/> Nakabinbin	Petsa: _____	

C. Ang (mga) medikal na problema ba ng bata ay lumala simula nang magpasya?

<input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, mangyari lamang na ipaliwanag:
<input type="checkbox"/> Hindi	

D. Ang bata ba ay mayroong anumang bagong medikal na problema mula nang petsa ng pagtatangi sa kapansanan ng Social Security/SSI?

<input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, ano-anong mga problema at kailan nagsimula ang mga ito?
<input type="checkbox"/> Hindi	

BAHAGI 4— MGA ESPESYAL NA SOURCE AT IMPORMASYON SA PAARALAN

A. Ang bata ba ay nasuri o natasa na ng alinman sa mga sumusunod na ahensya, o mayroon ba sa kahit na alin sa mga ahensyang ito ang may mga medikal na rekord o impormasyon tungkol sa bata?

Mga Sentro sa Rehiyon (Regional Centers)	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Mga Serbisyo para sa Bata sa California (California Children's Services)	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Sentro ng Pagtatasa sa Paglaki (Developmental Evaluation Center)	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Mga Kababaihan, Sanggol, at Bata (Women, Infants, and Children) (WIC) na Programa	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Ahensya sa Kalusugang Pangkaisipan (Mental Health Agency)	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Anumang Iba pang Ahenya	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi

(MC 220) signed

B. Kung sumagot na Oo sa alinman sa mga katanungan sa itaas, kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon.

1. Pangalan ng Ahenya		Numero ng Telepono ng Ahensya	
Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
Pangalan ng Counselor, Caseworker (namamahala sa kaso), Therapist, atbp.		Numero ng Telepono	
Uri ng pagsusuri o pagtatasa, kung mayroon man (halimbawa, paningin, pandinig, pananalita, pisikal, sikolohikal)			
Petsa ng Pagsusuri o Pagtatasa		Numero ng ID o Numero ng Claim ng Bata	

2. Pangalan ng Ahensya		Numero ng Telepono ng Ahensya	
Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
Pangalan ng Counselor, Caseworker (namamahala sa kaso), Therapist, atbp.		Numero ng Telepono	
Uri ng pagsusuri o pagtatasa, kung mayroon man (halimbawa, paningin, pandinig, pananalita, pisikal, sikolohikal)			
Petsa ng Pagsusuri o Pagtatasa		Numero ng ID o Numero ng Claim ng Bata	

County Use Only

(MC 220) signed

C. Ang bata ba ay dumadalo/dumalo sa anumang uri ng preschool, day care, at/o programa pagkatapos ng pasukan sa paaralan (after school)?

<input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, mangyari lamang na kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon:		
<input type="checkbox"/> Hindi			
Pangalan ng Programa		Numero ng Telepono	
Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
Makipag-Ugnayan Kay	Mga Petsa na Dumalo		

(MC 220) signed

D. Ang bata ba ay pumapasok/pumasok sa paaralan?

<input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, mangyari lamang na kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon:		
<input type="checkbox"/> Hindi		Kung Hindi, lumaktaw sa Seksyon H	
1. Pangalan ng Paaralan		Numero ng Telepono	
Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
Pangalan ng Guro			
2. Pangalan ng Paaralan		Numero ng Telepono	
Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
Pangalan ng Guro			

(MC 220) signed

(MC 220) signed

E. Ang paaralan ba ay maaaring magsagawa ng mga espesyal na tulong para sa bata (halimbawa: mga angkop na muwebles, mga rampa para sa wheelchair, karagdagang tulong, o pansin)?

<input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, anong uri ng tulong?
<input type="checkbox"/> Hindi	

F. Ang bata ba ay nasa programa ng espesyal na edukasyon?

<input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, anong uri ng programa ng espesyal na edukasyon?
<input type="checkbox"/> Hindi	

G. Mayroon ka bang kopya ng Individualized Education Plan (IEP—ang ulat kung saan ibinabalangkas ng guro ang mga problema ng bata at inililista ang mga plano sa pagwawasto ng mga ito) ng bata?

County Use Only

<input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, mangyari lamang magkaloob ng kopya.
<input type="checkbox"/> Hindi	

(MC 220) signed

H. Ang bata ba ay tumanggap ng anumang espesyal na pagpapayo o pag-tutor?

<input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, mangyari lamang kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon (kung kailangan mo ng mas maraming espasyo sa pagsusulat, maaari kang magdagdag ng mga pahina):
<input type="checkbox"/> Hindi	

Ang pagpapayo o pag-tutor ba ay natanggap sa paaralan?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Ang pagpapayo o pag-tutor ba ay natanggap sa labas ng paaralan?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
Kung Oo, mangyari lamang na kumpletuhin ang sumusunod:		

Pangalan ng Counselor o Tutor	Numero ng Telepono
-------------------------------	--------------------

Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
-------------------------	---------	--------	----------

Dalas ng Pagbisita	Petsa nang magsimula ang therapy	Petsa nang magtapos ang therapy (kung nakumpleto)
--------------------	----------------------------------	---

I. Ang bata ba ay tumatanggap/tumanggap ng anumang espesyal na therapy (pisikal, pananalita at wika, occupational) o iba pang mga serbisyo para sa kanyang sakit o pinsala? Isama ang impormasyon ukol sa anumang therapy na tinatanggap ng bata mula sa magulang, tagapag-alaga, caregiver, o sa paaralan.

<input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, mangyari lamang na kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon tungkol sa therapy:
<input type="checkbox"/> Hindi	

1. Pangalan ng Therapist	Numero ng Telepono
--------------------------	--------------------

Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
-------------------------	---------	--------	----------

(MC 220) signed

Tao na nagreseta/gumawa ng therapy	Uri ng Therapy
------------------------------------	----------------

Dalas ng Pagbisita	Petsa nang magsimula ang therapy	Petsa nang magtapos ang therapy (kung nakumpleto)
--------------------	----------------------------------	---

2. Pangalan ng Therapist	Numero ng Telepono
--------------------------	--------------------

Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
-------------------------	---------	--------	----------

(MC 220) signed

Tao na nagreseta/gumawa ng therapy	Uri ng Therapy
------------------------------------	----------------

Dalas ng Pagbisita	Petsa nang magsimula ang therapy	Petsa nang magtapos ang therapy (kung nakumpleto)
--------------------	----------------------------------	---

BAHAGI 5—MEDIKAL NA IMPORMASYON

County Use Only

A. Ang bata ba ay nadala sa klinika o ospital para sa anumang sakit, pinsala o medikal na kundisyon sa nakaraang 12 buwan?

<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Kung Hindi, pumunta sa Bahagi 6. Kung Oo, mangyari lamang sagutin nang ganap ang sumusunod:
---	---

1. Pangalan ng Ospital/Klinika	Uri ng (mga) Pagbisita	Mga Petsa	
	<input type="checkbox"/> Pamamalagi ng Inpatient (nanatili ng kahit man lamang magdamagan)	Petsa ng pagdating	Petsa ng pag-alis
	<input type="checkbox"/> Pagbisita ng Outpatient (pinauwi sa araw na iyon mismo)		
	<input type="checkbox"/> Pagbisita sa Emergency Room		
Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
Numero ng Telepono	Numero ng File sa Ospital/Klinika		

(MC 220) signed

Mga Dahilan sa Pagbisita

Anong paggagamot ang nakuha ng bata?

Anong (mga) uri ng doktor karaniwang nagpatingin ang bata sa ospital na ito?

2. Pangalan ng Ospital/Klinika	Uri ng (mga) Pagbisita	Mga Petsa	
	<input type="checkbox"/> Pamamalagi ng Inpatient (nanatili ng kahit man lamang magdamagan)	Petsa ng pagdating	Petsa ng pag-alis
	<input type="checkbox"/> Pagbisita ng Outpatient (pinauwi sa araw na iyon mismo)		
	<input type="checkbox"/> Pagbisita sa Emergency Room		
Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
Numero ng Telepono	Numero ng File sa Ospital/Klinika		

(MC 220) signed

Mga Dahilan sa Pagbisita

Anong paggagamot ang nakuha ng bata?

Anong (mga) uri ng doktor karaniwang nagpatingin ang bata sa ospital na ito?

Kung kailangan mo ng dagdag na espasyo na pagsusulatan, mangyari lamang gamitin ang Bahagi 9—Mga Puna (pahina 9). Mangyari lamang tandaan na pirmahan ang Awtorisasyon ng Pagpapalabas ng Impormasyon (MC 220) para sa (mga) ospital/(mga) klinika na iyong inilista sa pahina 6.

County Use Only

B. Ang bata ba ay natingnan sa loob ng nakaraang 12 buwan ng anumang doktor/therapist, na di nakalista sa Seksyon A?

1. Pangalan ng Doktor o Therapist		Numero ng Telepono	
Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
Petsa ng Unang Pagbisita	Petsa ng Huling Pagbisita	Petsa ng Susunod na Appointment	
(Mga) Dahilan sa Pagbisita			

(MC 220) signed

Anong paggagamot ang nakuha ng bata?

2. Pangalan ng Doktor o Therapist		Numero ng Telepono	
Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
Petsa ng Unang Pagbisita	Petsa ng Huling Pagbisita	Petsa ng Susunod na Appointment	
(Mga) Dahilan sa Pagbisita			

(MC 220) signed

BAHAGI 6—MGA MEDIKASYON

County Use Only

Ang bata ba ay kasalukuyang umiinom/kumukuha ng anumang nireresetang gamot para sa sakit, pinsala, o medikal na kundisyon?

Oo
 Hindi

Kung Oo, ipagbigay-alam sa amin ang sumusunod:

Nireresetang Gamot	Pangalan ng Doktor	Mga Dahilan sa Medikasyon	Side Effects, kung mayroon man

Kung ang bata ay may mga karagdagang nireresetang gamot, ilista ang mga ito sa Bahagi 9—Mga Puna

BAHAGI 7—MGA PAGSUSURI

County Use Only

Ang bata ba ay sumailalim, o sasailalim, sa anumang mga medikal na pagsusuri para sa sakit, pinsala, o medikal na kundisyon?

(MC 220) signed

<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Kung Oo, ipagbigay-alam sa amin ang sumusunod:
---	--

Uri ng Pagsusuri	Kailan isinagawa/isasagawa ang pagsusuri? (buwan,taon)	Saan isinagawa/isasagawa ang pagsusuri? (pangalan ng pasilidad)	Sino ang nagpadala sa bata para sa pagsusuri na ito?
EKG (Pagsusuri sa Pusong)			
Treadmill (Pagsusuri sa pamamagitan ng Ehersisyo)			
Cardiac Catheterization			
Biopsy (Name of Body Part)			
Speech/Language			
Hearing Test			
Vision Test			
IQ Test			
EEG (Pagsusuri sa Brain Wave)			
HIV Test			
Blood Test (Not HIV)			
Breathing Test			
X-Ray (Name of Body Part)			
MRI/CAT Scan (Name of Body Part)			

Kung ang bata ay sumailalim sa iba pang mga pagsusuri, ilista ang mga ito sa Bahagi 9—Mga Puna

BAHAGI 8—KASAYSAYAN NG TRABAHO

(MC 220) signed

Ang bata ba ay nagtrabaho kahit minsan?

<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Kung Oo, kumpletuhin ang sumusunod:
---	-------------------------------------

Mga Petsa na Nagtrabaho

Pangalan ng Employer

Address (numero, kalye)	Lungsod	Estado	Zip Code
-------------------------	---------	--------	----------

Numero ng Telepono

Pangalan ng Supervisor

