

**FORM NG TAUNANG MULING PAGPAPASYA NG MEDI-CAL**

**Kailangan mong sulatan ang form na ito at isauli sa iyong county upang mapanatil ang iyong Medi-Cal!**

<b>Numero ng Kaso</b> (opsyonal)	<b>Social Security Number</b> (opsyonal)	
<b>I-print ang Iyong Kumpletong Pangalan</b> (kung hindi ka lumipat, ilagay ang label ng address kung pinagkalooban nito)	<b>Petsa ng Kapanganakan</b> (opsyonal) (bb/aa/tttt)	
<b>Kasalukuyang Address, Numero ng Apartment</b> <input type="checkbox"/> (lagyan ng tsek dito kung bago ang address)	<b>Lungsod/Estado</b>	<b>Zip Code</b>
<b>Address Pang-Koreo</b> (kung iba sa itaas)	<b>Lungsod/Estado</b>	<b>Zip Code</b>

Gumamit ng tinta at **I-PRINT** ang iyong mga sagot. Tiyakin na iyong nalagdaan at napetsahan ang form. Gamitin ang bayad na sa koreo na sobre sa pagsasauli nito. Kung kailangan mo pa ng dagdag na espasyo, maglakip ng nakahiwalay na piraso ng papel sa form na ito. Kung ikaw ay may mga katanungan o kailangan ng tulong sa pagsusulat sa form na ito, tumawag sa iyong worker sa numero ng telepono na nakalista sa Paunawa sa Taunang Muling Pagpapasya (Annual Redetermination Notice).

**Seksyon 1. Kita**

- (a) Ikaw ba o sinumang miyembro ng pamilya sa tahanan ay nakakakuha ng pera mula sa isang trabaho, sustento sa bata, mga benepisyo para sa beterano, mga benepisyo para sa kawalan ng trabaho o kapansanan, pagreretiro, mga regalo, o mga interes o dibidendo?  Oo  Hindi

Kung oo, kumpletuhin ang nasa ibaba at ilita ang bawat pinagmumulan ng kita sa isang hiwalay na linya.

*Ilakip ang pinakahuling mga pay stub na nagpapakita ng kita bago bayaran ang buwis o mga pagbabawas na halaga, mga liham ng benepisyo o gantimpala, mga tseke na natanggap o nilagdaang pahayag mula sa employer, o ang federal income tax return noong nakaraang taon. Kung ang kita ay mula sa sariling hanap-buhay, magpadala ngkopya ng iyong pinakahuling tax return o pahayag ng kita at pagkalugi.*

<b>Pangalan ng Tao na May Kita</b> (isama ang pangalan at apelyido)	<b>Pinagmulan ng Kita</b>	<b>Halaga ng Kita</b> (bago ang anumang mga pagbabawas na halaga)	<b>Gaano Kadalas Binabayaran</b> (lingguhan, buwanan, dalawang beses sa isang buwan)	<b>Oras na Natrabaho</b> (kada linggo o buwan)

- (b) Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong pamilya sa tahanan ay nakakakuha ng upa, mga serbisyong pampubliko (tubig, kuryente, atbp.), o damit nang ganap na libre?  Oo  Hindi

Kung oo, sino? \_\_\_\_\_

Ano ang libre? \_\_\_\_\_

- (c) Ang libreng upa, serbisyong pampubliko, pagkain, o damit bang natanggap ay bilang kapalit sa isinagawang trabaho?  Oo  Hindi

**Seksyon 2. Mga Gastusin at Binabawas na Halaga**

Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong pamilya sa tahanan ay nagbabayad para sa pag-aalaga sa bata o adulto, insurance na pangkalusugan o mga premium sa Medicare, inutos ng korte na sustento sa bata, o mga gastusing pang-edukasyon?

Oo  Hindi

Kung oo, kumpletuhin sa ibaba at ilita ang bawat gastusin/binabawas na halaga sa isang hiwalay na linya.

Maglakip ng katibayan ng gastusin/mga binabawas na halaga.

Pangalan ng Tao na May Gastusin/Binabawas na Halaga <i>(isama ang pangalan at apelyido)</i>	Uri ng Gastusin o Binabawas na Halaga	Halaga ng Bayad	Kanino Binayaran	Gaano Kadalas Binabayaran <i>(lingguhan, buwanan, dalawang beses sa isang buwan)</i>

**Seksyon 3. Iba Pang Insurance na Pangkalusugan**

(a) Ikaw ba o sinumang miyembro ng pamilya ay nagkaroon ng pagbabago sa, o kumuha ng bagong pangkalusugan, dental, paningin, o Medicare na saklaw o siguro sa loob ng nakaraang 12 buwan?

Oo  Hindi

Kung oo, sino ang may saklaw/insurance? \_\_\_\_\_

Anong uri ng saklaw/insurance? \_\_\_\_\_

(b) May miyembro ba ng pamilya na nakatira sa tahanan na tumatanggap ng mga serbisyong may kaugnayan ng dialysis sa bata?

Oo  Hindi

Kung oo, sino? \_\_\_\_\_

(c) Mayroon bang miyembro ng pamilya na nakatira sa tahanan ang nakatanggap ng isang organ transplant sa loob ng huling 2 taon?

Oo  Hindi

Kung oo, sino? \_\_\_\_\_

**Seksyon 4. Kalagayan sa Pamumuhay**

(a) Mayroon bang lumipat papunta o paalis mula sa iyong tahanan, lumipat kasama ng iba, nagpakasal, o nagkaroon ng anak sa loob ng nakaraang 12 buwan? *(Mga halimbawa: bagong panganak, bata, o adultong lumipat papunta o palabas ng tahanan, umalis na magulang ay bumalik sa tahanan.)*

Oo  Wala

Kung oo, kumpletuhin ang nasa ibaba:

Pangalan <i>(kasama ang pangalan at apelyido)</i>	Kaugnayan sa iyo	Ano ang nagbago?	Petsa nang Nagbago

(b) Mayroon bang nasa tahanan ang may gusto ng Medi-Cal ngunit hindi pa handang tumanggap nito?

Oo  Wala

Kung oo, sino? \_\_\_\_\_

(c) Kung may bagong bata sa tahanan, saan ang lugar ng kapanganakan ng sanggol? \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Lungsod Estado Bansa

**Seksyon 4. Kalagayan sa Pamumuhay** *ipinagpatuloy*

- (d) Mayroon bang nasa tahanan na nakatanggap ng inpatient na pag-aalaga sa isang pasilidad ng pag-aalaga o medikal na institusyon?  Oo  Wala  
 Kung oo, sino? \_\_\_\_\_
- (e) Mayroon bang buntis sa tahanan?  Oo  Wala  
 Kung oo, sino? \_\_\_\_\_  
 Bilang ng mga sanggol na inaasahan \_\_\_\_\_ Petsa ng panganganak: \_\_\_\_\_

**Seksyon 5. Real o Personal na Pag-aari**

- (a) Ipahiwatig ang kabuuang halaga ng nakuha at di nakuhang pera mula sa mga tseke na mayroon ang sinumang miyembro ng pamilya sa tahanan \$ \_\_\_\_\_
- (b) Mayroon bang may checking o savings account, insurance sa buhay, pangmatagalang pag-aalaga na insurance, sasakyan, kasunduan o hatol ng korte, mga stock, mga bond, mga pondo sa pagreretiro, mga trust kung saan itinatabi ang pera o pag-aari para sa pakinabang ng ibang miyembro ng pamilya sa tahanan, real estate, sasakyan para sa negosyo, mga account ng negosyo o pag-aari, mga promissory note, mga mortgage, mga deed of trust, mga personal na sasakyan, mga burial trust o pondo, mga kinikita sa isang taon, mga alahas (hindi mga minana o mula sa kasal), o mga karapatan sa langis o mineral?  Oo  Wala
- (c) Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong pamilya sa tahanan ay nagbenta o namigay ng ari-arian sa nakaraang 12 buwan, o may iba pang mga item na nakalista sa seksyon na ito ang nagastos o ginamit bilag gastusing medikal?  Oo  Hindi
- Tala: Kung sinagot mo ay “oo” sa mga tanong na (b) o (c), kailangan mo rin sulatan nang mainam ang dagdag na form, isumite ang form sa county at magkaloob ng pagpapatotoo.

**Seksyon 6. Pagbabago sa Katayuan sa Imigrasyon o Pagiging Mamamayan**

Nagkaroon ba ng pagbabago sa katayuan sa imigrasyon o pagiging mamamayan sa kahit na sinong nasa tahanan na may Medi-Cal o gusto ang Medi-Cal sa loob ng huling 12 buwan? *(Kung ang iyong katayuan sa imigrasyon ay nagbago, maaaring ikaw ay kuwalipikado para sa kumpletong saklaw ng mga benepisyo sa Medi-Cal.)*  Oo  Hindi

Kung oo, ilita ang (mga) pangalan sa ibaba at magpadala ng katibayan ng bagong katayuan.

Pangalan <i>(isama ang pangalan at apelyido)</i>	Pagbabago sa Katayuan <i>(magpadala ng katibayan ng katayuan)</i>

**Seksyon 7. Pagkabulag/Kapansanan/Kakulangan ng Kakayahan**

- (a) Ikaw ba o sinumang miyembro ng pamilya sa tahanan ay may kundisyong pisikal o pangdamdamin na nagpapahirap sa iyong magtrabaho, alagaan ang mga personal na pangangailangan, o alagaan ang iyong mga anak?  Oo  Wala  
 Kung oo, sino? \_\_\_\_\_
- (b) Ang kundisyong pisikal, pangkaisipan o pangkalusugan ba ay isang resulta ng isang pinsala o aksidente?  Oo  Hindi  
 Kung oo, ipaliwanag \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Seksyon 8. Iba pang mga Impormasyon at Pagrekomenda sa Programang Pangkalusugan**

- (a) Lagyan ng tsek ang kahon na ito kung hindi mo nais na ibahagi ang impormasyon ng iyong anak sa murang halagang Healthy Families Program kung ang iyong anak ay nakakuha ng Medi-Cal nang may kabahagi sa gastusin.
- (b) Nais mo ba ng impormasyon sa walang halagang programang pangkalusugan para sa mga batang may edad na mas bata sa 21 (*Child Health and Disability Prevention Program, na kilala rin bilang CHDP*)?  Oo  Hindi
- (c) Nais mo ba ng impormasyon sa walang halagang dagdag na programang pampagkain para sa mga buntis at nagpapasusong ina at mga bata na may edad na mas bata sa 5 (*Women, Infants, and Children Program, na kilala rin bilang WIC*)?  Oo  Hindi
- (d) Nais mo ba ng impormasyon sa Personal Care Services Program, isang nasa tahanan na programa ng pag-aalaga para sa may edad, bulog, o may kapansanan an mga tao (kilala rin bilang In-Home Supportive Services)?  Oo  Hindi

**Seksyon 9. Lagda at Pagpapatunay**

**Ang taong kumukumpleto sa form na ito ay dapat na basahin at lagdaan ang nakasaad sa ibaba.**

- Aking natanggap at nabasa ang kopya ng *Mahalagang Impormasyon para sa Mga Taong Humihiling ng Medi-Cal* na form (MC 219).
- Ako ay may kaalaman, umuunawa, at sumasang-ayon na matugunan ang lahat ng aking mga responsibilidad tulad nang inilalarawan sa form ng MC 219.
- Aking pinatunayan na aking i-uulat ang lahat ng kita, pag-aari, at/o mga pagbabago na maaaring maka-apekto sa pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal sa loob ng sampung araw nang pagbabago.
- Aking nauunawaan na lahat ng mga payahag, kasama na ang mga benepisyo at impormasyon sa kita, na aking inilahad sa form na ito, ay maaaring sumailalim sa imbestigasyon at pagpapatotoo.
- Aking ipinapahayag, sa ilalim ng parusa ng panunumpa ng walang katotohanan, sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na lahat ng mga impormasyong ipinagkaloob sa form na ito ay totoo at wasto.

<b>Lagda</b>	<b>Petsa</b>
--------------	--------------

<b>Numero ng Telepono sa Araw o Maaaring Iwanan ng Mensahe</b>	<b>Numero ng Telepono sa Bahay</b> <input type="checkbox"/> ( <i>lagyan ng tsek dito kung may bagong numero ng telepono</i> )
--	---

**Lagda ng Saksi** (*kung nilagdaan ng marka*), **Tagasalin o Taong Tumutulong**

**— Para sa Gamit ng County Lamang —**

Referrals		Follow-up Forms		
<input type="checkbox"/> HF	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> MC 13	<input type="checkbox"/> MC 210 PS	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> CHDP	<input type="checkbox"/> PCSP		<input type="checkbox"/> DDSD Packet	