

KARAGDAGANG PAHAYAG NG MGA KATOTOHANAN NG APLIKANTE PARA SA MEDI-CAL

County Use Only

County Number/Aid Code/Case Number

IKA- I BAHAGI—PERSONAL NA IMPORMASYON

1a. Pangalan ng Aplikante (Apeyido, Pangalan, MI)	1b. Numero ng Social Security — —	1c. Petsa ng Kapanganakan / /
1d. Iba pang (mga) Pangalan na ginagamit (Apeyido, Pangalan, MI)	1e. Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	1f. Taas Piye Pulgada
1g. Timbang Libra		
2a. Address	Lungsod	Estado
2b. Address Pang-koreo (kung naiiba)	Lungsod	Estado
3. Pang-araw na Numero ng telepono ()	Tiyakin kung: <input type="checkbox"/> Walang telepono <input type="checkbox"/> Telepono na Maaaring iwanan ng Mensahe ()	Pinakamainam na oras na tumawag:
4a. Ikaw ba ay nagsasalita ng Ingles? <input type="checkbox"/> Oo Kung OO, pumunta sa ika-II Bahagi <input type="checkbox"/> Hindi Kung HINDI, anong (mga) wika ay iyong nasasalita:	4b. Mayroon ka bang tagasalin? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala	Pinakamainam na oras na tumawag:
	Kung OO, ang pangalan ng tagasalin: Numero ng telepono ng tagasalin: ()	

IKA-II BAHAGI—MEDIKAL NA IMPORMASYON

County Use Only

5. Ikaw ba ay nag-apply na para sa Social Security para sa Kapansanan o Karagdagang Kita para sa Seguridad o Supplemental Security Income (SSI) na mga benepisyo sa Kapansanan sa nakaraang dalawang (2) taon? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung OO, mangyari lamang na sagutan ang mga sumusunod:	County Use Only
a. Ang iyong aplikasyon para sa Social Security o SSI para sa Kapansanan ba ay: <input type="checkbox"/> Naaprubahan? <input type="checkbox"/> Tinanggihan? <input type="checkbox"/> Nakabinbin? <input type="checkbox"/> Ina-apela? <input type="checkbox"/> Hindi alam?	
b. Kung naaprubahan o tinanggihan, ibigay ang petsa ng pinakahuling desisyon sa iyong aplikasyon sa Social Security o SSI:	
c. Ang iyo bang (mga) problemang medikal ay lumala simula nang petsa sa 5b nakalahad sa itaas? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung OO, mangyari lamang na ipaliwanag:	
d. Mayroon ka bang anumang BAGONG (mga) problemang medikal simula nang petsa sa 5b, na nakalahad sa itaas, na WALA KA PA noong ang desisyon para sa iyong Social Security o SSI sa kapansanan ay ibinigay? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala Kung OO, ano ang (mga) problemang medikal?	
6. Ilista ang lahat ng mga problemang medikal (pisikal o pangkaisipan) na pumipigil sa iyong magtrabaho o pangalagaan ang iyong mga personal na pangangailangan. (Mangyari lamang na maglakip ng karagdagang papel, kung kinakailangan.)	
(MGA) PROBLEMANG MEDIKAL	KAILAN ITO NAGSIMULA (Buwan/Taon)

7. Ikaw ba ay nakatanggap ng pag-aalaga sa isang klinika o ospital para sa iyong (mga) sakit o (mga) pinsala sa huling 12 buwan? Oo Hindi

County Use Only

MC 220
Signed

Kung OO, mangyari lamang na sagutan nang kumpleto ang mga sumusunod:

Pangalan ng klinika/ospital

Numero ng pasyente/klinika o miyembro

Numero ng telepono ng klinika/ospital
()

Pangalan ng (mga) doktor na tumingin

ADDRESS ng klinika/ospital (numero, kalye, suite)

Lungsod

Estado

ZIP Code

Petsa nung unang natingnan

Petsa nung huling natingnan

Petsa ng susunod na appointment

Dahilan ng (mga) pagpapatingin

Buong magdamagan ka bang namalagi sa ospital?

Oo

Hindi

Kung OO, (mga) petsa na pumasok:

(mga) petsa na umalis:

Tiningnan ka ba sa emergency room?

Oo

Hindi

Kung OO, (mga) petsa nang natingnan:

Ilista ang **LAHAT** ng mga natanggap na gamot:

Ilista ang **LAHAT** ng mga paggagamot na natanggap at ang mga petsa na natanggap ang paggagamot:

8. Ilista ang kahit na anong karagdagang klinika o ospital na natingnan ka sa huling 12 buwan.

MC 220
Signed

Pangalan ng klinika/ospital

Numero ng pasyente/klinika o miyembro

Numero ng telepono ng klinika/ospital
()

Pangalan ng (mga) doktor na tumingin

ADDRESS ng klinika/ospital (numero, kalye, suite)

Lungsod

Estado

ZIP Code

Petsa nung unang natingnan

Petsa nung huling natingnan

Petsa ng susunod na appointment

Dahilan ng (mga) pagpapatingin

Buong magdamagan ka bang namalagi sa ospital?

Oo

Hindi

Kung OO, (mga) petsa na pumasok:

(mga) petsa na umalis:

Tiningnan ka ba sa emergency room?

Oo

Hindi

Kung OO, (mga) petsa nang natingnan:

Ilista ang **LAHAT** ng mga natanggap na gamot:

Ilista ang **LAHAT** ng mga paggagamot na natanggap at ang mga petsa na natanggap ang paggagamot:

Kung natingnan ka sa mga karagdagang klinika o ospital sa huling 12 buwan, kumpletuhin ang pahina 8.

9. Ikaw ba ay natingnan na ng kahit na sinong doktor sa labas ng (mga) klinika o (mga) ospital na iyo nang nalista sa huling 12 buwan? Oo Hindi

Kung HINDI, pumunta sa numero 10. Kung OO, mangyari lamang na sagutan nang kumpleto ang mga sumusunod, kung nagpatingin sa higit sa isang doktor, mangyari lamang na kumpletuhin ang pahina 8 para sa lahat ng karagdagang impormasyon:

Pangalan ng (mga) doktor

Numero ng pasyente/klinika o miyembro

Numero ng telepono ng doktor

()

ADDRESS ng klinika/ospital (numero, kalye, suite)

Lungsod

Estado

ZIP Code

Petsa nung unang natingnan

Petsa nung huling natingnan

Petsa ng susunod na appointment

Dahilan ng (mga) pagpatingin

Ilista ang **LAHAT** ng mga natanggap na gamot:

Ilista ang **LAHAT** ng mga paggagamot na natanggap at ang mga petsa na natanggap ang paggagamot:

10. Mangyari lamang na ilista sa ibaba kung nagkaroon ka na ng kahit na alin sa mga sumusunod na pagsusuri sa huling 12 buwan. Siguraduhin na lagyan ng tsek ang oo o hindi na nasa tabi ng bawat pagsusuri. **(KUNG NABIGAY NA ANG ADDRESS NG DOKTOR, KLINIKA, O OSPITAL, ILISTA LAMANG ANG PANGALAN AT PETA.)**

County Use Only

MC 220
Signed

ISINAGAWANG PAGSUSURI	OO	HINDI	PANGALAN AT ADDRESS NG TANGGAPAN, KLINIKA O OSPITAL KUNG SAAN NAKUMPLETO ANG PAGSUSURI	PETA (BUWAN/TAON)
Electrocardiogram (EKG)			Pangalan	
			Address (numero, kalye, suite)	
			Lungsod Estado ZIP Code	
Treadmill (Ehersisyo na nagsusuri sa puso)			Pangalan	
			Address (numero, kalye, suite)	
			Lungsod Estado ZIP Code	
X-ray ng Dibdib			Pangalan	
			Address (numero, kalye, suite)	
			Lungsod Estado ZIP Code	
Pagsusuri sa Paghinga (Breathing Test) (PFT)			Pangalan	
			Address (numero, kalye, suite)	
			Lungsod Estado ZIP Code	
Mga Pagsusuri ng Dugo			Pangalan	
			Address (numero, kalye, suite)	
			Lungsod Estado ZIP Code	
Iba pa (Tukuyin)			Pangalan	
			Address (numero, kalye, suite)	
			Lungsod Estado ZIP Code	

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

MC 220
Signed

11. Nakaranas ka ba ng iba pang medikal na paggamot o pagsusuri sa huling 12 buwan? Oo Hindi

Kung **HINDI**, pumunta sa numero 12.
Kung **OO**, kumpletuhin ang pahina 8.

12. Mayroon pa bang iba (isang kaibigan, kamag-anak, manggagawang panlipunan, tagapayo sa rehab, abogado, physical therapist, atbp.) na maaari kaming makipag-ugnayan para sa impormasyon hinggil sa iyong sakit o pinsala at kung paano nito nabibigyan ng limitasyon ang iyong pang-araw araw na mga aktibidad o pumipigil sa iyo mula sa pagtatrabaho?

Oo Hindi

Kung OO, mangyari lamang na ilista sa ibaba:

Pangalan

Address (numero, kalye, suite)

Numero ng telepono
()

Kaano-ano mo

Pangalan

Address (numero, kalye, suite)

Numero ng telepono
()

Kaano-ano mo

Pangalan

Address (numero, kalye, suite)

Numero ng telepono
()

Kaano-ano mo

13. Maaaring hilingin mula sa iyo na magsagawa ng mga karagdagang medikal na pagsusuri upang makatulong na matasa ang iyong (mga) problemang medikal. (Ang mga pagsusuring ito ay walang bayad para sa iyo.)

Handa ka bang sumailalim sa mga karagdagang medikal na pagsusuri kung kinakailangan? Oo Hindi

IKA-III BAHAGI—IMPORMASYON HINGGIL SA LIPUNAN AT EDUKASYON

14. Ilarawan ang iyong pang-araw-araw na mga aktibidad at sabihin sa amin kung gaano nabibigyan ng limitasyon ng iyong kondisyon ang iyong mga aktibidad.

15. Ilarawan ang iyong pinag-aralan.

a. Lagyan ng tsek ang pinakamataas na antas na iyong natapos sa paaralan:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 o

GED (tulad ng pagtatapos ng ika-12 baitang) 12+

b. Kailan natapos? Buwan/Taon:

c. Ikaw ba ay kumuha ng mga klase para sa espesyal na edukasyon? Oo Hindi

16. May nagawa ka bang kahit na anong uri ng trabaho ng higit sa 30 araw sa huling 15 taon? (Kabilang dito ang nagawang trabaho sa ibang bansa.)

Oo Hindi

Kung **HINDI**, lumaktaw sa Ika-IV na Bahagi, pumunta sa Ika-V Bahagi, pahina 7, para sa iyong lagda.
Kung **OO**, sagutan ang Ika-IV Bahagi, pahina 5, simula sa numero 17.

County Use Only

IKA-IV NA BAHAGI—KASAYSAYAN SA TRABAHO I

County Use Only

17. Ilarawan ang lahat ng mga trabaho na iyong nagawa sa loob ng kahit man lamang 30 araw sa loob ng **huling 15 taon**. Simulan sa iyong pinakahuling trabaho (kung nagkaroon ka ng higit sa dalawang trabaho, humiling mula sa manggagawa ng iyong county, ng karagdagang mga pahina.)

a. Posisyon sa Trabaho	Uri ng Negosyo		
Mga Petsa na Nagtrabaho (buwan/taon)	Oras kada Linggo	Halaga ng Suweldo	Kada oras/linggo/buwan
Mula:	Hanggang:		

PAGLALARAWAN SA TRABAHO (Ito ang aking ginawa at kung paano ko ito ginawa.)

Ang mga ito ay mga instrumento, makinarya, at kagamitan na aking ginamit:

Ganito katagal bago ko natutunan ang trabahong ito: (mga) araw o (mga) buwan.

Ako ay nagsulat, nagkumpleto ang mga ulat, o nagsagawa ng mga katulad na tungkulin: Oo Hindi

Ako ay mayroong namamahalang mga katungkulan: Oo Hindi

PISIKAL NA AKTIBIDAD

(Bilugan ang Isa)

Ganito karaming oras ang aking nilakad sa isang karaniwang araw ng trabaho:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ako ay tumayo ng ganito karaming oras sa isang karaniwang araw ng trabaho:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ako ay umupo ng ganito karaming oras sa isang karaniwang araw ng trabaho:	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Ako ay umakyat ng ganito karaming beses sa isang karaniwang araw ng trabaho:

Hindi Kailanman Paminsan-minsan Malimit Palagian

Ako ay yumuko ng ganito karaming beses sa isang karaniwang araw ng trabaho:

Hindi Kailanman Paminsan-minsan Malimit Palagian

Ang pinakamabigat na timbang na aking nabuhat: 10 lbs 20 lbs 50 lbs Higit sa 100 lbs

Ako ay madalas na nagkarga/nagbuhat ng hanggang sa: 10 lbs 20 lbs 50 lbs Higit sa 100 lbs

Mayroon ka bang sakit na nararamdaman mo ngayon, noong ginawa mo itong trabaho na ito? Oo Hindi

Kung HINDI, at WALA kang ibang trabaho, pumunta sa Ika-V Bahagi, pahina 7, para sa iyong lagda.

Kung HINDI, ngunit nagkaroon ka na ng iba pang trabaho, pumunta sa 17b, sa sumunod na pahina.

Kung OO, mangyari lamang na kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon.

Pangalan ng (mga) problemang medikal:

Ang nagpapatrabaho ba sa iyo ay gumawa ng mga natatanging kaayusan (tulad ng mga dagdag na break, espesyal na kagamitan, pagbabago sa mga tungkulin sa trabaho, atbp.) upang makapagpatuloy kang magtrabaho?

Oo Hindi

Kung OO, ilarawan ang mga natatanging kaayusan na ginawa:

Kinailangan mo bang huminto sa pagtatrabaho dahil sa iyong (mga) problemang medikal? Oo Hindi

Kung OO, kailan? Buwan Araw Taon

Nagkaroon ka ba ng **kahit na anong** iba pang trabaho ng higit sa 30 araw sa **huling 15 taon**? Oo Hindi

Kung HINDI, pumunta sa Ika-V Bahagi, pahina 7 para sa iyong lagda. Kung OO, magpatuloy sa 17b, sa sumunod na pahina.

IKA-IV NA BAHAGI—KASAYSAYAN SA TRABAHO II

County Use Only

17. b. Posisyon sa Trabaho	Uri ng Negosyo		
Mga Petsa na Nagtrabaho (buwan/taon)	Oras kada Linggo	Halaga ng Suweldo	Kada oras/linggo/buwan
Mula:	Hanggang:		

PAGLALARAWAN SA TRABAHO (Ito ang aking ginawa at kung paano ko ito ginawa.)

Ang mga ito ay mga instrumento, makinarya, at kagamitan na aking ginamit:

Ganito katagal bago ko natutunan ang trabahong ito: (mga) araw o (mga) buwan.

Ako ay nagsulat, nagkumpleto ang mga ulat, o nagsagawa ng mga katulad na tungkulin: Oo Hindi

Ako ay mayroong namamahalang mga katungkulan: Oo Hindi

PISIKAL NA AKTIBIDAD

(Bilugan ang Isa)

Ganito karaming oras ang aking nilakad sa isang karaniwang araw ng trabaho: 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Ako ay tumayo ng ganito karaming oras sa isang karaniwang araw ng trabaho: 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Ako ay umupo ng ganito karaming oras sa isang karaniwang araw ng trabaho: 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Ako ay umakyat ng ganito karaming beses sa isang karaniwang araw ng trabaho:

Hindi Kailanman Paminsan-minsan Malimit Palagian

Ako ay yumuko ng ganito karaming beses sa isang karaniwang araw ng trabaho:

Hindi Kailanman Paminsan-minsan Malimit Palagian

Ang pinakamabigat na timbang na aking nabuhat: 10 lbs 20 lbs 50 lbs Higit sa 100 lbs

Ako ay madalas na nagkarga/nagbuhat ng hanggang sa: 10 lbs 20 lbs 50 lbs Higit sa 100 lbs

Mayroon ka bang sakit na nararamdaman mo ngayon, noong ginawa mo itong trabaho na ito? Oo Hindi

Kung HINDI, at WALA kang ibang trabaho, pumunta sa Ika-5 Bahagi, pahina 7, para sa iyong lagda.

Kung HINDI, ngunit mayroon kang ibang mga trabaho, humingi ng karagdagang papel mula sa iyong manggagawa sa county.

Kung OO, mangyari lamang na kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon.

Pangalan ng (mga) problemang medikal:

Ang nagpapatrabaho ba sa iyo ay gumawa ng mga natatanging kaayusan (tulad ng mga dagdag na break, espesyal na kagamitan, pagbabago sa mga tungkulin sa trabaho, atbp.) upang makapagpatuloy kang magtrabaho?

Oo Hindi

Kung OO, ilarawan ang mga natatanging kaayusan na ginawa:

Kinailangan mo bang huminto sa pagtatrabaho dahil sa iyong (mga)problemang medikal? Oo Hindi

Kung OO, kailan? Buwan Araw Taon

Nagkaroon ka ba ng **kahit na anong** iba pang trabaho ng higit sa 30 araw sa **huling 15 taon**? Oo Hindi

Kung HINDI, pumunta sa Ika-V Bahagi, pahina 7 para sa iyong lagda. Kung OO, humingi ng karagdagang papel mula sa iyong manggagawa sa county upang makapagtapos.

IKA-V BAHAGI—LAGDA AT PAGPAPATUNAY

Aking ipinapahayag sa sa ilalim ng kaparusahan ng panunumpa nang walang katotohanan, sa ilalim ng mga batas ng Estados Unidos at ng Estado ng California na ang impormasyon na nilalaman sa Karagdagang Pahayag ng mga Katotohanan na ito ay totoo at wasto.

Lagda ng Aplikante ▶	Petsa
Lagda ng Saksi (Kung ang aplikante ay lumagda sa pamamagitan ng isang pagmamarka) ▶	Petsa
Lagda ng tao na tumutulong sa aplikante na sulatan ang form ▶	Petsa

Kinakailangan mong lagdaan ang isang awtorisasyon para sa pagpapalabas ng impormasyon para sa bawat klinika, ospital, at pasilidad na nagsusuri na iyong inilista at para sa bawat doktor na iyong nakita sa labas ng klinika o ospital. Ang manggagawa ng iyong county ay magkakaloob sa iyo ng mga karagdagang form na kinakailangan mong lagdaan.

Ang ipinagpatuloy na (mga) sagot sa (mga) katanungan sa numero 8 sa pahina 2, numero 9 sa pahina 3, at numero 10 sa pahina 3. Kung kailangan mo ng mas maraming lugar, mangyari lamang na humiling mula sa manggagawa ng iyong county ng karagdagang mga pahina upang makatapos.

County Use Only

Ilista ang kahit na anong karagdagang klinika o ospital na natingnan ka sa huling 12 buwan.

MC 220
Signed

Pangalan ng klinika/ospital			
Numero ng pasyente/klinika o miyembro		Numero ng telepono ng klinika/ospital ()	
Pangalan ng (mga) doktor na tumingin			
ADDRESS ng klinika/ospital (numero, kalye, suite)		Lungsod	Estado ZIP Code
Petsa nung unang natingnan	Petsa nung huling natingnan	Petsa ng susunod na appointment	
Dahilan ng (mga) pagpapatingin			
Buong magdamagan ka bang namalagi sa ospital? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Kung OO, (mga) petsa na pumasok:		(mga)petsa na umalis:	
Tiningnan ka ba sa emergency room? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Kung OO, (mga) petsa nang natingnan:			
Ilista ang LAHAT ng mga natanggap na gamot:			
Ilista ang LAHAT ng mga paggagamot na natanggap at ang mga petsa na natanggap ang paggagamot:			

Ilista ang kahit na sinong karagdagang doktor na iyong nakita sa labas ng (mga) klinika o (mga) ospital na nalista mo na:

MC 220
Signed

Pangalan ng (mga) doktor			
Patient/clinic or member number		Numero ng telepono ng doktor ()	
Pangalan ng (mga) doktor na tumingin			
ADDRESS ng klinika/ospital (numero, kalye, suite)		Lungsod	Estado ZIP Code
Petsa nung unang natingnan	Petsa nung huling natingnan	Petsa ng susunod na appointment	
Dahilan ng (mga) pagpapatingin			
Ilista ang LAHAT ng mga natanggap na gamot:			
Ilista ang LAHAT ng mga paggagamot na natanggap at ang mga petsa na natanggap ang paggagamot:			

Ilista ang kahit na anong karagdagang mga pagsusuri na nakuha mo sa loob ng huling 12 buwan:

MC 220
Signed

ISINAGAWANG PAGSUSURI	PANGALAN AT ADDRESS NG TANGGAPAN, KLINIKA O OSPITAL KUNG SAAN NAKUMPLETO ANG PAGSUSURI	PETSA (BUWAN/TAON)
	Pangalan	
	Address (numero, kalye, suite)	
	Lungsod Estado ZIP Code	
	Pangalan	
	Address (numero, kalye, suite)	
	Lungsod Estado ZIP Code	

MC 220
Signed