

KAHINGLANGAN PARA SA BENEPISYONG MEDIKAL NG MGA BATA

APPLICATION FOR CHILDREN'S MEDICAL BENEFITS

Ang kahilingang ito ay para lamang sa medikal na kasaklawan ng mga bata at kabataang mababa sa edad 19. Sinuman ay maaaring humiling para sa kapakanan ng mga bata. Ang mga bata ay maaaring hihiling para sa kanilang sariling kapakanan. **Ipadadala namin ang lahat ng kasunod na impormasyon sa taong nakalista sa box 1.** Kung may mga katanungan kayo o gusto ninyong tumulong sa pagsulat sa form na ito, tumawag lamang sa 1-877-543-7669. Matutuwa kaming tutulong sa inyo!

Pakiprinta gamit ang itim o asul na tinta. Huwag gumamit ng lapis. **(Isulat ang pangalan ng magulang, tagapag-alaga o kontak na tao na siyang tatanggap sa mga kasunod na impormasyon)**

1. PANGALAN		GITNANG INISYAL		APELYEDO	
2. ADDRESS NA TINITIRHAN		KALYE	BAYAN	ESTADO	ZIP CODE
3. ADDRESS SA KOREO (KUNG NAIIBA)		BAYAN		ESTADO	ZIP CODE
4. MGA NUMERO NG TELEPONO TAHANAN ()	5. Nahihirapan ba kayo sa pagsasalita, pagbabasa o pagsusulat sa Ingles? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Anong wika o alternatibong pormat ang kailangan n'yo? _____				
TRABAHO ()	Kailangan n'yo ba ng interpreter? (Kung oo, tutulongan namin kayo sa pamamagitan ng interpreter) <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Ano ang wikang ginagamit n'yo? _____				
MENSAHE ()	6. Ang bata bang mababa sa edad 19 ay may kondisyong medikal na nangangailangan kaagad ng pangangalaga? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala May buntis ba sa inyong tahanan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala Kung "oo", sino? _____				

Pangkalahatang Impormasyon

7. Ilista ang mga miyembro ng pamilya na **magkasamang naninirahan**. (Kung kailangan, magkabit ng ibang papel para ilista ang karagdagang miyembro ng pamilya).

BUONG PANGALAN (Pangalan, Gitna, Apelyedo)	KASARIAN Lalaki o Babae	RELASYON SA INYO	PETSA NG KAPANGANAKAN (BUWAN/ARAW/TAON)	SOCIAL SECURITY NUMBER *=OPSYONAL	MAMAMAYAN NG US OO HINDI	LUGAR NA IPINANGANAK (BAYAN/ESTADO)	KOMPLETUHIN KUNG ANG BATA AY HINDI MAMAMAYAN NG US	
A. Magulang, Tagapag-alaga o Sarili				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ILISTA ANG PETA NG PAGDATING NG BATA SA U.S.	MAY ISPONSOR BA ANG BATA? OO WALA
B. Asawa o Ibang Magulang (Kung nakatira sa tahanan)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
C. Ilista ang mga Bata & Kabataang mababa sa edad 19 (na gustong magkaroon ng mga benepisyong medikal)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. Ilista ang Ibang May Gulang/Kabataan sa Tahanan (na hindi gustong magkaroon ng mga benepisyong medikal)				*		Paalala: Pakikabit ng anumang dokumento na nagpapakita sa estado ng mga bata.		
				*				

8. Baldado ba o may kapansanan ang isang batang mababa sa edad 19 na nasa inyong tahanan? Oo Hindi Kung "Oo", sino?

Gastos Ang impormasyong ito ay makakatulong sa inyong anak na magiging kwalipikado.

9. Nagbabayad ba kayo para sa childcare o pangangalaga sa bata habang kayo'y nagtatrabaho? Oo Hindi Kung "Oo", magkano bawat buwan? \$
Nagbabayad ba kayo sa isang tao para alagaan ang isang may kapansanang dependenteng may gulang habang kayo'y nagtatrabaho?
 Oo Hindi Kung "Oo", magkano bawat buwan? \$

10. Nagbabayad ba kayo ng iniutos ng korte na suporta sa bata na hindi nakatira sa inyong tahanan? Oo Hindi Kung "Oo", magkano bawat buwan? \$

Kita Ipasok ang BUONG suweldo (wala pang bawas sa buwis o gastos).

(Pakikabit ng pruwera ng kita)

11. EMPLOYER NG MAGULANG AT NUMERO NG TELEPONO PETA NG PAGSISIMULA: ()	IBA PANG KITA SA SAMBAHAYAN	HALAGANG NATANGGAP SA HULING 30 ARAW	SINONG MIYEMBRO NG PAMILYA ANG KUMIKITA NITO?
	15. SUPORTA NG BATA	\$	
12. Halagang natanggap ninyo sa huling 30 araw bago binawasan ng buwis at gastusin: \$ Magkano sa kitang ito ang mula sa self-employment o sariling pagpapasuweldo?* \$	16. SUSTENTO (ALIMONY)	\$	
	17. BAYAD SA SOCIAL SECURITY	\$	
	18. MGA BENEPISYO SA KAWALANG-TRABAHO	\$	
13. PANGALAN AT NUMERO NG TELEPONO NG EMPLOYER NG ASAWA (O IBA PANG MAGULANG NA NAKATIRA SA TAHANAN) PETA NG PAGSISIMULA: ()	19. KITA/TUBO/DIBIDENDO SA NEGOSYO	\$	
	20. MGA BENEPISYO SA PAGIGING BETERANONG SUNDALO	\$	
14. Halaga na natanggap ng inyong asawa (o ibang magulang na nakatira sa inyong tahanan) sa huling 30 araw na wala pang bawas sa buwis o ibang gastos: \$ Magkano sa kitang ito ang galing sa self-employment o sariling pagpapasuweldo?* \$	21. PAGGAWA & INDUSTRIYA	\$	
	22. SUSTENTO SA MILITAR	\$	
	23. IBA PA(Pakipaliwanag):	\$	
*Kung kayo o inyong asawa (o iba pang magulang na nakatira sa tahanan) ay self-employed, maaari kayong kumuha ng iba pang kabawasan. Pakitawag sa 1-877-KIDS-NOW para sa karagdagang katanungan o tulong sa kahilingan.		24. Nangangailangan ba kayo ng tulong sa pagbabayad sa hindi nabayarang medikal na utang – sa loob ng nakalipas na 3 buwan – para sa sinumang batang ginagawan n'yo ng kahilingan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung "Oo", * pakipadala ng mga kopya ng lahat ng kita ng sambahayan para sa mga buwang gusto ninyong suriin namin.	

Impormasyon sa Health Insurance Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang health insurance na meron na ang inyong mga bata.

25A. May health insurance na ba ang sinuman sa mga batang ginagawan n'yo ng kahilingan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala	25B. Kung "Oo", ang health insurance na iyon ba ay sumasaklaw sa mga serbisyo ng doktor, ospital, x-ray (radiology) at laboratoryo? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	26A. Nasasaklawan ba ang inyong mga bata sa health insurance na may kaugnayan sa trabaho sa nakalipas na 4 na buwan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	26B. Kung "Oo", ang hulugan ba ay mababa sa \$50 bawat buwan para sa mga dependente? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
27. Kung nilagyan ninyo ng tsek ang "Oo" sa anumang katanungan sa itaas (25 A o B o 26 A o B), pakilista ang pangalan sa kompanya ng insurance o employer na nagbibigay ng health insurance para sa inyong mga anak.			
KOMPANYA NG INSURANCE O EMPLOYER	NUMERO NG POLISIYA	PANGALAN NG MAY-ARI NG POLISIYA	SOCIAL SECURITY NUMBER NG MAY-ARI NG POLISIYA (OPSYONAL)

Lahi ng mga Bata/Kinalakhang Etniko (Boluntaryong Impormasyon)

Hinihiling namin sa inyong boluntaryong sabihin sa amin ang lahi o kinalakhang etniko ng inyong anak. Ang impormasyong ito ay hindi gagamitin sa pagkunsidera sa inyong kaangkupan sa mga benepisyong.	<input type="checkbox"/> Amerikanong Indyan o Natibo ng Alaska <input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim o Afrikanong Amerikano <input type="checkbox"/> Hispaniko o Latino <input type="checkbox"/> Natibong Hawayano o Ibang pang Taga-pulong Pasipiko <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Iba pa: Ang diskriminasyon ay ipinagbabawal sa lahat ng programa at mga gawaing pinangasiwaan ng Department of Social and Health Services. Walang hindi tatanggapin sa mga programa at mga gawaing ito na ang pinagbabatayan ay ang lahi, kulay, pananampalataya, paniniwalang politikal, bansang pinagmulan, relihiyon, edad, kasarian o kapansanan.
--	--

Basahing Mabuti Bago Pirmahan

Ang kahilingang ito ay para lamang sa mga benepisyong medikal ng mga bata. Kung sinuman sa inyong pamilya ang nakakatanggap na, o gustong humiling para sa benepisyong pera, makipag-ugnayan sa inyong lokal na DSHS Community Services Office (CSO).

- Maaaring hihilingin sa inyo ng DSHS na patunayan ang mga impormasyong ibinibigay n'yo sa kanila para masabi kung naaangkop kayo. Maaari kayong humiling sa DSHS ng tulong sa pagkuha ng pruwera.
- Ang inyong impormasyon ay maaaring suriin ng ibang estado o ahensya ng federal. Ang impormasyong ito ay **Hindi** ibabahagi sa Immigration and Naturalization Services (INS).
- Sa pamamagitan ng paghiling at pagkuha ng mga benepisyong sa health care o pangangalaga sa kalusugan, binibigyan ninyo ang Estado ng Washington ng lahat ng karapatan sa anumang suportang medikal at anumang isinasauling kabayaran ng pangatlong partido (o kompanya ng health insurance), para sa pangangalaga sa kalusugan.
- Maaaring ibahagi ng DSHS ang rekord ng bakuna ng inyong anak sa Child Profile Immunization Tracking System.

DEKLARASYON AT PIRMA: Aking nabasa at naintindihan ang impormasyon sa kahilingang ito. Aking ipinapahayag, sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling, na ang impormasyong aking ibinigay sa kahilingang ito ay totoo, tama, at kompleto sa abot ng aking nalalaman.	
PIRMA NG APLIKANTE	PETA

Paano Isumite

IKOREO SA: Department of Social and Health Services
PO Box 45449
Olympia, WA 98504-5449

DSHS 14-380 TA (REV. 12/2007)

PARA SA TULONG:


Kung kailangan n'yo ng tulong o kung may katanungan kayo, pakitawag sa **1-877-KIDS-NOW**.
(1-877-543-7669)