Aplikasyon para sa Pribadong Segurong Pangkalusugan (Health Insurance)

MAG-APPLY NGAYON SA PAMAMAGITAN NG COVERED CALIFORNIA™

Ang iyong destinasyon para sa abot-kayang segurong pangkalusugan

Tingnan ang Nasa Loob

Mga bagay na dapat malaman	1
Aplikasyon	2–13
Mga Attachment A-C	14–18
Mga Tanong na Madalas Tinatanong	19–22

Ang Covered California ay isang sistema kung saan makakakuha ng pagsasaklaw sa pangangalaga ng kalusugan (healthcare coverage) kung saan makakahanap ang mga indibidwal at mga pamilya ng abot-kayang segurong pangkalusugan (health insurance).

Nilikha ng estado ng California ang Covered California™ upang matulungan ka at ang iyong pamilya na makakuha ng segurong pangkalusugan.

Ang pagkakaroon ng segurong pangkalusugan ay makakapagbigay sa iyo ng kapayapaan ng isip at tutulong na maging posible na manatili kang malusog. Gamit ang seguro, alam mo na ikaw at ang iyong pamilya ay makakakuha ng pangangalaga ng kalusugan sa panahong kailangan mo ito.

Gamitin ang Aplikasyon para sa Pribadong Segurong Pangkalusugang ito upang malaman kung ano ang iyong pagpipilian sa pamamagitan ng Covered California.

➡ Magagamit mo ang aplikasyong ito upang makahanap ng abot-kayang segurong pangkalusugan para sa sinuman sa iyong pamilya, kahit na ikaw o sila ay may seguro na.

Kung sa tingin mo maaaring kuwalipikado ka para sa (1) **libre o mababang-halagang seguro**, katulad ng Medi-Cal, (2) **mababang-halagang seguro** para sa mga buntis na babae sa pamamagitan ng programang Access for Infants and Mothers (AIM), o (3) **tulong sa pagbayad ng seguro**, kailangan mong gumamit ng ibang aplikasyon, na tinatawag na "Aplikasyon para sa Segurong Pangkalusugan." Maaari kang makakuha ng papel na aplikasyon o mag-apply online sa **CoveredCA.com**.

Maaari mong makuha ang aplikasyong ito sa iba pang mga wika

Español	1-800-300-0213
繁體字	1-800-300-1533
Tiếng Việt	1-800-652-9528
한국어	1-800-738-9116
Tagalog	1-800-983-8816
Русский	1-800-778-7695
Հայերեն	1-800-996-1009
فارسی	1-800-921-8879
ภาษาไทย	1-800-906-8528
Hmoob	1-800-771-2156
العربية	1-800-826-6317

Tumawag sa 1-800-983-8816 upang makakuha sa aplikasyong ito sa iba pang mga format, katulad ng malalaking titik.

Tumawag sa: 1-800-983-8816 (TTY: 1-888-889-4500).
Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
O bumisita sa: CoveredCA.com

COVERED CALIFORNIA

Mga bagay na dapat malaman

Ano ang kailangan mong malaman sa panahong mag-aapply ka

- Ang mga Social Security number para sa mga aplikanteng mamamayan ng U.S., o dokumentong impormasyon para sa mga imigrante na may kasiya-siyang katayuan (immigrants with satisfactory status) na nangangailangan ng seguro. Mga katibayan ng pagkamamamayan o katayuang pang-imigrasyon ay kinakailangan lamang para sa mga aplikante.
- **Pinapanatili naming pribado at ligtas ang iyong impormasyon ayon sa inuutos ng batas.** Gagamitin lang namin ang iyong impormasyon upang tulungan kang makakuha ng segurong pangkalusugan (health insurance).
- Ang mga pamilya na may kasamang mga imigrante ay maaaring mag-apply. Maaari kang mag-apply para sa iyong anak kahit na hindi ka karapat-dapat para sa pagsasaklaw (coverage). Ang pag-apply para sa iyong karapat-dapat na anak ay hindi makaka-apekto sa iyong katayuang pang-imigrasyon (immigrant status) o sa iyong mga pagkakataong maging permanenteng residente o mamamayan.
- Kung ikaw ay isang American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan na tumatanggap ng mga serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o mga programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod, maaari ka pa ring maging kuwalipikado para sa segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California.

Mas mabilis na mag-apply online

Mag-apply online sa **CoveredCA.com**. Ito ay ligtas, walang panganib, at mabilis—at mas madali mong makukuha ang mga resulta!

Kapag natapos ka na

Ipadala ang iyong nakumpleto at nilagdaang aplikasyon sa:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

- **Kung wala sa iyo ang lahat ng impormasyon na aming hinihiling, lagdaan at ipadala pa rin ang iyong aplikasyon.** Maaari ka naming tawagan upang tulungan kang tapusin ang iyong aplikasyon.
- **Huwag ipadala ang iyong bayad sa pagpapatala (enrollment) sa plano sa segurong pangkalusugan kasama ng aplikasyong ito.** Ang iyong plano ay magpapadala sa iyo ng isang invoice sa halagang kailangan mong bayaran.

Kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito

Nandito kami upang tulungan ka! Maaari kang kumuha ng tulong nang walang bayad.

- **Online:** CoveredCA.com
- **Sa pamamagitan ng Telepono:** Tawagan ang aming Sentro ng Serbisyo sa Kustomer (Customer Service Center) sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
- **Nang personal:** Mayroon kaming sinanay na mga Certified Enrollment Counselors (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala) at Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro) na makakatulong sa iyo. Para sa listahan ng mga Certified Enrollment Counselors (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala) at Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro) na malapit sa lugar kung saan kayo nakatira o nagtatrabaho, o sa listahan ng mga tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county (county social services office) na malapit sa iyo, bumisita sa **CoveredCA.com** o tumawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500). Walang bayad ang tulong na ito!
- Kung may kapansanan ka o iba pang pangangailangan, maaari kaming magbigay ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyong ito nang libre para sa iyo. Maaari kang personal na pumunta sa lokal na tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county (county social services office) o tumawag sa aming Sentro ng Serbisyo sa Kustomer (Customer Service Center) sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

Kailangan ng Tulong?

Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

CCFRM605 (11/13) TL

Magsimula sa aplikasyon dito *(gumamit ng asul o itim na tinta lamang)*

Hakbang 1: Sabihin sa amin ang tungkol sa taong nasa wastong gulang na aming magiging pangunahing kontak para sa aplikasyong ito

Unang pangalan | Gitnang pangalan | Apelyido | Suffix *(halimbawa: Sr., Jr., III, IV)*

Adres ng **tirahan** | Apartment #

Lungsod *(adres ng tirahan)* | Estado | ZIP code | County

☐ Maglagay ng tsek dito kung wala kang adres ng tirahan. Kailangan mong magbigay sa amin ng pangkoreong adres na mapapadalhan ng sulat sa ibaba.

☐ Maglagay ng tsek dito kung ang iyong pangkoreong adres ay pareho ng iyong adres ng tirahan.
Kung hindi sila pareho, kailangan mong ibigay sa amin ang iyong pangkoreong adres na mapapadalhan ng sulat sa ibaba:

Pangkoreong adres o P.O. Box *(kung iba sa adres ng tirahan)* | Apartment #

Lungsod *(pangkoreong adres)* | Estado | ZIP code | County

Pinakamainam na numero ng telepono na magagamit upang makontak ka ☐ Tirahan ☐ Cellphone ☐ Trabaho
Numero: ( ) –

Iba pang numero ng telepono
☐ Tirahan ☐ C ellphone ☐ Trabaho
Numero: ( ) –

Anong wika ang dapat naming gamitin upang sulatan ka?

Anong wika ang gusto mong gamitin namin kung nakikipag-usap kami sa iyo?

Paano mo gustong makakuha ng impormasyon tungkol sa aplikasyong ito?
☐ Telepono ☐ Adres Pangkoreo ☐ Email Email address: _____

Gusto mo bang mag-apply para sa tulong sa premyum upang tumulong sa pagbayad para sa segurong pangkalusugan (health insurance) para sa iyong sarili o mga miyembro ng sambahayan?

☐ Oo ***Kung oo,*** kailangan mo ng ibang aplikasyon. Bumisita sa **CoveredCA.com** para sa aplikasyon upang malaman kung sa aling segurong pangkalusugan ka kuwalipikado.

☐ Hindi ***Kung hindi,*** patuloy na kumpletuhin ang aplikasyong ito.

Hakbang 2: Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong sarili at sa iyong pamilya

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para sa bawat tao sa iyong pamilya ng nangangailangan ng segurong pangkalusugan (health insurance). Magsimula sa iyong sarili!

- Upang mag-apply para sa higit pa sa apat na tao sa aplikasyong ito, **gumawa ng kopya ng mga pahina 4 at 5** para sa bawat dagdag na tao.
- Pananatilihin naming pribado ang lahat ng iyong impormasyon, ayon sa inuutos ng batas.Gagamitin lang namin ang personal na impormasyon upang malaman kung kuwalipikado ka para sa segurong pangkalusugan. Hindi mo kailangang magbigay ng Social Security number (SSN) o katibayan ng pagkamamamayan (proof of citizenship) o katayuang pang-imigrasyon o para sa mga tao sa iyong pamilya na hindi nag-aapply para sa segurong pangkalusugan.
- Kahit na may segurong pangkalusugan na ngayon ang mga miyembro ng iyong pamilya, maaaring makahanap ka ng mas mabuting seguro sa mas mababang halaga sa pamamagitan ng Covered California.

★ Sinuman iba pang tao na nakatira kasama mo—halimbawa, nobyo, nobya, o roommate—ay kailangang mag-file ng kanyang **sariling** aplikasyon kung nais nila ng segurong pangkalusugan.

Ang Hakbang 2 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 2: Tao 1 *Sabihin sa amin ang tungkol* ***sa iyong sarili.***

Unang pangalan	Gitnang pangalan	Apelyido	Suffix *(halimbawa: Sr., Jr., III, IV)*	Relasyon niya sa iyo **Sarili**

Ikaw ba ay: ☐ Lalaki ☐ Babae | Petsa ng kapanganakan *(buwan / araw / taon):*

Pag-aapply para sa segurong pangkalusugan (health insurance) *Kahit na may seguro ka pa ngayon, maaaring makahanap ka ng mas mabuting pagsasaklaw o mga mas mababang halaga.*

▶ Nag-aapply ka ba para sa segurong pangkalusugan para sa iyong sarili? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga tanong sa ibaba.
☐ Hindi ***Kung hindi,*** pumunta sa susunod na pahina.

★ Social Security number (SSN)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

Kung **wala** kang SSN, ano ang dahilan?
☐ Adoption Taxpayer Identification Number (ATIN) _____
☐ Individual Taxpayer Identification Number (ITIN) _____
☐ Pangrelihiyong iksemsyon ☐ Hindi ako kuwalipikado para sa isang SSN

★ Ginagamit namin ang mga Social Security number (mga SSN) upang suriin ang kita at iba pang impormasyon. Kailangan mong magbigay ng Social Security number (SSN) kung nais mo (o ng isang miyembro ng pamilya) na mag-apply para sa segurong pangkalusugan.

Kung may isang tao na nag-aapply na walang SSN at gustong niya ng tulong upang kumuha nito, tumawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500) o bumisita sa **CoveredCA.com**.

Ikaw ba ay isang mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national)? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung **hindi** ka isang mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national), sagutin ang mga tanong na ito:

Ikaw ba ay may kasiya-siyang katayuang pang-imigrasyon? ☐ Oo

Upang malaman kung ikaw ay may kasiya-siyang katayuan, *pumunta sa Attachment B sa pahina 15 para sa isang listahan.Pagkatapos, isulat ang impormasyon ng dokumento dito. Sa karamihan ng kaso, ang numero ng ID ng iyong dokumento ay iyong Alien Registration Number.*

Uri ng dokumento: _____ Numero ng ID: _____

Bansa na nag-isyu: _____ Petsa ng pagkawalang-bisa: _____

Pangalan ayon sa nakasulat sa dokumento: _____

Ikaw ba ay nakatira sa U.S. mula noong 1996? ☐ Oo ☐ Hindi

Ikaw, ang iyong asawa, o hindi kasal na dependiyenteng bata ba ay isang honorably discharged na beterano o miyembro ng armadong puwersa ng U.S. na nasa aktibong pagseserbisyo? ☐ Oo ☐ Hindi

▶ Kung gusto mong pumili ng plano sa segurong pangkalusugan ngayon, maglagay ng tsek dito ☐ at kumpletuhin ang Attachment C sa mga pahina 16-18.

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong lahi *Mangyaring sabihin sa amin ang tungkol sa iyong sariliAng impormasyong ito ay kompidensiyal at gagamitin lang upang masiguro na ang lahat ng tao ay may parehong akses sa pangangalaga ng kalusugan. Hindi ito gagamitin upang magpasya kung anong segurong pangkalusugan ka kuwalipikado.*

Ano ang iyong lahi? *(opsiyonal; lagyan ng tsek ang lahat ng angkop)*

☐ Puti
☐ Itim o African American
☐ American Indian o Katutubo ng Alaska
☐ Asian Indian
☐ Cambodian
☐ Intsik
☐ Filipino
☐ Hmong
☐ Hapon
☐ Koreano
☐ Laotian
☐ Vietnamese
☐ Katutubong Hawaiian
☐ Guamanian o Chamorro
☐ Samoan
☐ Iba pa _____

Ikaw ba ay Hispanic, Latino, o Espanyol ang pinagmulan? *(opsiyonal)*

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, maglagay ng tsek sa iyong sagot:

☐ Mehikano, Mehikanong Amerikano, Chicano
☐ Salvadoran ☐ Guatemalan
☐ Cuban ☐ Puerto Rican
☐ Iba pang Hispanic, Latino, o Espanyol ang pinagmulan: _____

★ ☐ Maglagay ng tsek dito kung ikaw ay isang American Indian o Katutubo ng Alaska, at kumpletuhin ang Attachment A sa pahinang 14.

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 2: **Tao 2** *Sabihin sa amin ang tungkol **sa susunod na tao** na nangangailangan ng segurong pangkalusugan (health insurance).*

Kahit na may seguro na ngayon ang taong ito, maaaring makahanap ka ng mas mabuting pagsasaklaw sa mga mas mababang halaga. ***Kung may higit pa sa apat na miyembro ng iyong pamilya*** *sa aplikasyong ito, gumawa ng kopya ng mga pahina 4 at 5 para sa bawat dagdag na tao.*

Unang pangalan	Gitnang pangalan	Apelyido	Suffix *(halimbawa: Sr., Jr., III, IV)*	Relasyon niya sa iyo

Ang taong ito ba ay: ☐ Lalaki ☐ Babae | Petsa ng kapanganakan *(buwan / araw / taon):*

☐ Maglagay ng tsek dito kung ang adres ng tirahan ng taong ito ay pareho sa adres ng tirahan ng pangunahing kontak. ***Kung hindi sila pareho,*** kailangan mong ibigay sa amin ang adres ng tirahan ng taong ito sa ibaba:

Adres ng **tirahan** | Apartment #

Lungsod *(adres ng tirahan)*	Estado	ZIP code	County	

☐ Maglagay ng tsek dito kung walang adres ng tirahan ang taong ito. Kailangan mong magbigay sa amin ng pangkoreong adres na mapapadalhan ng sulat sa ibaba.

☐ Maglagay ng tsek dito kung ang pangkoreong adres ng taong ito ay pareho sa pangkoreong adres ng pangunahing kontak. ***Kung hindi sila pareho,*** kailangan mong ibigay sa amin ang pangkoreong adres ng taong ito sa ibaba:

Pangkoreong adres o P.O. Box *(kung iba sa adres ng tirahan)* | Apartment #

Lungsod *(pangkoreong adres)*	Estado	ZIP code	County

Pinakamabuting numero ng telepono na magagamit upang makontak ang taong ito ☐ Tirahan ☐ Cellphone ☐ Trabaho
Numero: ( ) –

Iba pang numero ng telepono ☐ Tirahan ☐ Cellphone ☐ Trabaho
Numero: ( ) –

Email address:

Anong wika ang dapat naming gamitin upang sulatan ang taong ito?

Anong wika ang gusto ng taong ito na gamitin namin kung nakikipag-usap kami sa kanya?

Pag-aapply para sa segurong pangkalusugan (health insurance) *Kahit na may seguro pa ang taong ito ngayon, maaaring makahanap ka ng mas mabuting pagsasaklaw o mga mas mababang halaga.*

▶ Nag-aapply ba ang taong ito para sa segurong pangkalusugan?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga tanong sa ibaba.
☐ Hindi ***Kung hindi,*** pumunta sa pahina 6.

★ Social Security number (SSN)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

Kung **walang** SSN ang taong ito, ano ang dahilan?
☐ Adoption Taxpayer Identification Number (ATIN) _____
☐ Individual Taxpayer Identification Number (ITIN) _____
☐ Pangrelihiyong iksemsyon
☐ Hindi kuwalipikado para sa isang SSN

Ang Tao 2 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 2: Tao 2 *(ipinagpapatuloy)*

Ang taong ito ba ay isang mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national)? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung **hindi** isang mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national) ang taong ito, sagutin ang mga tanong na ito:

Ang taong ito ba ay may kasiya-siyang katayuang pang-imigrasyon? ☐ Oo

Upang malaman kung ang taong ito ay may kasiya-siyang katayuan, *pumunta sa Attachment B sa pahina 15 para sa isang listahan.Pagkatapos, isulat ang impormasyon ng dokumento dito. Sa karamihan ng kaso, ang numero ng ID ng dokumento ay Alien Registration Number.*

Uri ng dokumento: _____ Numero ng ID: _____

Bansa na nag-isyu: _____ Petsa ng pagkawalang-bisa: _____

Pangalan ayon sa nakasulat sa dokumento: _____

Ang taong ito ba ay nakatira sa U.S. mula noong 1996? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito, ang kanyang asawa, o hindi kasal na dependiyenteng bata ba ay isang honorably discharged na beterano o miyembro ng armadong puwersa ng U.S. na nasa aktibong pagseserbisyo? ☐ Oo ☐ Hindi

▶ Kung gusto ng taong ito na pumili ng plano sa segurong pangkalusugan ngayon, maglagay ng tsek dito ☐ at kumpletuhin ang Attachment C sa mga pahina 16-18.

Sabihin sa amin ang tungkol sa lahi ng taong ito *Ang impormasyong ito ay kompidensiyal at gagamitin lang upang masiguro na ang lahat ng tao ay may parehong akses sa pangangalaga ng kalusugan. Hindi ito gagamitin upang magpasya kung anong segurong pangkalusugan ka kuwalipikado.*

Ano ang lahi ng taong ito? *(opsiyonal; lagyan ng tsek ang lahat ng angkop)*

- ☐ Puti
- ☐ Itim o African American
- ☐ American Indian o Katutubo ng Alaska
- ☐ Asian Indian
- ☐ Cambodian
- ☐ Intsik
- ☐ Filipino
- ☐ Hmong
- ☐ Hapon
- ☐ Koreano
- ☐ Laotian
- ☐ Vietnamese
- ☐ Katutubong Hawaiian
- ☐ Guamanian o Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Iba pa _____

Ikaw ba ay Hispanic, Latino, o Espanyol ang pinagmulan? *(opsiyonal)*

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, maglagay ng tsek sa iyong sagot:

- ☐ Mehikano, Mehikanong Amerikano, Chicano
- ☐ Salvadoran
- ☐ Guatemalan
- ☐ Cuban
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Iba pang Hispanic, Latino, o Espanyol ang pinagmulan: _____

★ ☐ Maglagay ng tsek dito kung ikaw ay isang American Indian o Katutubo ng Alaska, at kumpletuhin ang Attachment A sa pahinang 14.

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 2: **Tao 3** *Sabihin sa amin ang tungkol **sa susunod na tao** na nangangailangan ng segurong pangkalusugan (health insurance).*

Unang pangalan	Gitnang pangalan	Apelyido	Suffix *(halimbawa: Sr., Jr., III, IV)*	Relasyon niya sa iyo

Ang taong ito ba ay: ☐ Lalaki ☐ Babae | Petsa ng kapanganakan *(buwan / araw / taon):*

☐ Maglagay ng tsek dito kung ang adres ng tirahan ng taong ito ay pareho sa adres ng tirahan ng pangunahing kontak.
Kung hindi sila pareho, kailangan mong ibigay sa amin ang adres ng tirahan ng taong ito sa ibaba:

Adres ng **tirahan**			Apartment #
Lungsod *(adres ng tirahan)*	Estado	ZIP code	County

☐ Maglagay ng tsek dito kung walang adres ng tirahan ang taong ito. Kailangan mong magbigay sa amin ng pangkoreong adres na mapapadalhan ng sulat sa ibaba.

☐ Maglagay ng tsek dito kung ang pangkoreong adres ng taong ito ay pareho sa pangkoreong adres ng pangunahing kontak.
Kung hindi sila pareho, kailangan mong ibigay sa amin ang pangkoreong adres ng taong ito sa ibaba:

Pangkoreong adres o P.O. Box *(kung iba sa adres ng tirahan)*			Apartment #
Lungsod *(pangkoreong adres)*	Estado	ZIP code	County

Pinakamabuting numero ng telepono na magagamit upang makontak ang taong ito ☐ Tirahan ☐ Cellphone ☐ Trabaho
Numero: ( ) –

Iba pang numero ng telepono ☐ Tirahan ☐ Cellphone ☐ Trabaho
Numero: ( ) –

Email address:

Anong wika ang dapat naming gamitin upang sulatan ang taong ito?

Anong wika ang gusto ng taong ito na gamitin namin kung nakikipag-usap kami sa kanya?

Pag-aapply para sa segurong pangkalusugan (health insurance)

Kahit na may seguro pa ang taong ito ngayon, maaaring makahanap ka ng mas mabuting pagsasaklaw o mga mas mababang halaga.

▶ Nag-aapply ba ang taong ito para sa segurong pangkalusugan?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga tanong sa ibaba.
☐ Hindi ***Kung hindi,*** pumunta sa pahina 8.

★ Social Security number (SSN)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

Kung **walang** SSN ang taong ito, ano ang dahilan?
☐ Adoption Taxpayer Identification Number (ATIN) _____
☐ Individual Taxpayer Identification Number (ITIN) _____
☐ Pangrelihiyong iksemsyon
☐ Hindi kuwalipikado para sa isang SSN

Ang Tao 3 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 2: Tao 3 *(ipinagpapatuloy)*

Ang taong ito ba ay isang mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national)? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung **hindi** isang mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national) ang taong ito, sagutin ang mga tanong na ito:

Ang taong ito ba ay may kasiya-siyang katayuang pang-imigrasyon? ☐ Oo

Upang malaman kung ang taong ito ay may kasiya-siyang katayuan, *pumunta sa Attachment B sa pahina 15 para sa isang listahan.Pagkatapos, isulat ang impormasyon ng dokumento dito. Sa karamihan ng kaso, ang numero ng ID ng dokumento ay Alien Registration Number.*

Uri ng dokumento: _____ Numero ng ID: _____

Bansa na nag-isyu: _____ Petsa ng pagkawalang-bisa: _____

Pangalan ayon sa nakasulat sa dokumento: _____

Ang taong ito ba ay nakatira sa U.S. mula noong 1996? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito, ang kanyang asawa, o hindi kasal na dependiyenteng bata ba ay isang honorably discharged na beterano o miyembro ng armadong puwersa ng U.S. na nasa aktibong pagseserbisyo? ☐ Oo ☐ Hindi

▶ Kung gusto ng taong ito na pumili ng plano sa segurong pangkalusugan ngayon, maglagay ng tsek dito ☐ at kumpletuhin ang Attachment C sa mga pahina 16-18.

Sabihin sa amin ang tungkol sa lahi ng taong ito

Ang impormasyong ito ay kompidensiyal at gagamitin lang upang masiguro na ang lahat ng tao ay may parehong akses sa pangangalaga ng kalusugan. Hindi ito gagamitin upang magpasya kung anong segurong pangkalusugan ka kuwalipikado.

Ano ang lahi ng taong ito? *(opsiyonal; lagyan ng tsek ang lahat ng angkop)*

- ☐ Puti
- ☐ Itim o African American
- ☐ American Indian o Katutubo ng Alaska
- ☐ Asian Indian
- ☐ Cambodian
- ☐ Intsik
- ☐ Filipino
- ☐ Hmong
- ☐ Hapon
- ☐ Koreano
- ☐ Laotian
- ☐ Vietnamese
- ☐ Katutubong Hawaiian
- ☐ Guamanian o Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Iba pa _____

Ikaw ba ay Hispanic, Latino, o Espanyol ang pinagmulan? *(opsiyonal)*

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, maglagay ng tsek sa iyong sagot:

- ☐ Mehikano, Mehikanong Amerikano, Chicano
- ☐ Salvadoran ☐ Guatemalan
- ☐ Cuban ☐ Puerto Rican
- ☐ Iba pang Hispanic, Latino, o Espanyol ang pinagmulan: _____

★ ☐ Maglagay ng tsek dito kung ikaw ay isang American Indian o Katutubo ng Alaska, at kumpletuhin ang Attachment A sa pahinang 14.

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 2: **Tao 4** *Sabihin sa amin ang tungkol **sa susunod na tao** na nangangailangan ng segurong pangkalusugan (health insurance).*

Unang pangalan	Gitnang pangalan	Apelyido	Suffix *(halimbawa: Sr., Jr., III, IV)*	Relasyon niya sa iyo

Ang taong ito ba ay: ☐ Lalaki ☐ Babae | Petsa ng kapanganakan *(buwan / araw / taon):*

☐ Maglagay ng tsek dito kung ang adres ng tirahan ng taong ito ay pareho sa adres ng tirahan ng pangunahing kontak.
Kung hindi sila pareho, kailangan mong ibigay sa amin ang adres ng tirahan ng taong ito sa ibaba:

Adres ng **tirahan** | Apartment #

Lungsod *(adres ng tirahan)*	Estado	ZIP code	County

☐ Maglagay ng tsek dito kung walang adres ng tirahan ang taong ito. Kailangan mong magbigay sa amin ng pangkoreong adres na mapapadalhan ng sulat sa ibaba.

☐ Maglagay ng tsek dito kung ang pangkoreong adres ng taong ito ay pareho sa pangkoreong adres ng pangunahing kontak.
Kung hindi sila pareho, kailangan mong ibigay sa amin ang pangkoreong adres ng taong ito sa ibaba:

Pangkoreong adres o P.O. Box *(kung iba sa adres ng tirahan)* | Apartment #

Lungsod *(pangkoreong adres)*	Estado	ZIP code	County

Pinakamabuting numero ng telepono na magagamit upang makontak ang taong ito ☐ Tirahan ☐ Cellphone ☐ Trabaho
Numero: ( ) –

Iba pang numero ng telepono ☐ Tirahan ☐ Cellphone ☐ Trabaho
Numero: ( ) –

Email address:

Anong wika ang dapat naming gamitin upang sulatan ang taong ito?

Anong wika ang gusto ng taong ito na gamitin namin kung nakikipag-usap kami sa kanya?

Pag-aapply para sa segurong pangkalusugan (health insurance)

Kahit na may seguro pa ang taong ito ngayon, maaaring makahanap ka ng mas mabuting pagsasaklaw o mga mas mababang halaga.

▶ Nag-aapply ba ang taong ito para sa segurong pangkalusugan?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga tanong sa ibaba.
☐ Hindi ***Kung hindi,*** pumunta sa pahina 10.

★ Social Security number (SSN)

___ ___ ___ – ___ ___ – ___ ___ ___ ___

Kung **walang** SSN ang taong ito, ano ang dahilan?
☐ Adoption Taxpayer Identification Number (ATIN) _____
☐ Individual Taxpayer Identification Number (ITIN) _____
☐ Pangrelihiyong iksemsyon
☐ Hindi kuwalipikado para sa isang SSN

Ang Tao 4 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 2: Tao 4 *(ipinagpapatuloy)*

Ang taong ito ba ay isang mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national)? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung **hindi** isang mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national) ang taong ito, sagutin ang mga tanong na ito:

Ang taong ito ba ay may kasiya-siyang katayuang pang-imigrasyon? ☐ Oo

Upang malaman kung ang taong ito ay may kasiya-siyang katayuan, *pumunta sa Attachment B sa pahina 15 para sa isang listahan.Pagkatapos, isulat ang impormasyon ng dokumento dito. Sa karamihan ng kaso, ang numero ng ID ng dokumento ay Alien Registration Number.*

Uri ng dokumento: _____ Numero ng ID: _____

Bansa na nag-isyu: _____ Petsa ng pagkawalang-bisa: _____

Pangalan ayon sa nakasulat sa dokumento: _____

Ang taong ito ba ay nakatira sa U.S. mula noong 1996? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito, ang kanyang asawa, o hindi kasal na dependiyenteng bata ba ay isang honorably discharged na beterano o miyembro ng armadong puwersa ng U.S. na nasa aktibong pagseserbisyo? ☐ Oo ☐ Hindi

▶ Kung gusto ng taong ito na pumili ng plano sa segurong pangkalusugan ngayon, maglagay ng tsek dito ☐ at kumpletuhin ang Attachment C sa mga pahina 16-18.

Sabihin sa amin ang tungkol sa lahi ng taong ito

Ang impormasyong ito ay kompidensiyal at gagamitin lang upang masiguro na ang lahat ng tao ay may parehong akses sa pangangalaga ng kalusugan. Hindi ito gagamitin upang magpasya kung anong segurong pangkalusugan ka kuwalipikado.

Ano ang lahi ng taong ito? *(opsiyonal; lagyan ng tsek ang lahat ng angkop)*

- ☐ Puti
- ☐ Itim o African American
- ☐ American Indian o Katutubo ng Alaska
- ☐ Asian Indian
- ☐ Cambodian
- ☐ Intsik
- ☐ Filipino
- ☐ Hmong
- ☐ Hapon
- ☐ Koreano
- ☐ Laotian
- ☐ Vietnamese
- ☐ Katutubong Hawaiian
- ☐ Guamanian o Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Iba pa _____

Ikaw ba ay Hispanic, Latino, o Espanyol ang pinagmulan? *(opsiyonal)*

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, maglagay ng tsek sa iyong sagot:

- ☐ Mehikano, Mehikanong Amerikano, Chicano
- ☐ Salvadoran
- ☐ Guatemalan
- ☐ Cuban
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Iba pang Hispanic, Latino, o Espanyol ang pinagmulan: _____

★ ☐ Maglagay ng tsek dito kung ikaw ay isang American Indian o Katutubo ng Alaska, at kumpletuhin ang Attachment A sa pahinang 14.

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 3: Mangyaring basahin at pirmahan ang aplikasyong ito

Maaari kang pumili ng isang awtorisadong kinatawan

★ Maaari kang pumili ng isang pinagkakatiwalaang kaibigan o organisasyon upang maging iyong "awtorisadong kinatawan." Ang isang awtorisadong kinatawan ay isang tao na pinapahintulutan mong makakita sa iyong aplikasyon at makipag-usap sa amin tungkol dito ngayon at sa hinaharap.

Pangalan ng awtorisadong kinatawan

Adres | Apartment #

Lungsod	Estado	ZIP code	County

Sa pagpirma, pinapahintulutan mo ang taong ito na pumirma sa iyong aplikasyon, na kumuha ng opisyal na impormasyong tungkol sa aplikasyong ito, at kumilos para sa iyo sa lahat ng mga bagay sa hinaharap sa ahensiyang ito.

Iyong pirma	Petsa
▶	

Pahayag ng Pagkapribado

Ang aplikasyong ito ay para sa segurong pangkalusugan (health insurance) na sa pamamagitan ng Covered California. Ang personal at medikal na impormasyon na iyong ibinibigay dito ay pribado at kompidensiyal. Kailangan ito ng Covered California upang makilala ka at ang iba pang mga tao sa aplikasyong ito at upang pangasiwaan ang aming mga programa.

Ibabahagi lang namin ang iyong impormasyon sa iba pang mga pang-estado, pampederal, at lokal na ahensiya, mga mangongontrata, mga planong pangkalusugan, at mga programa upang ipatala ka sa isang plano o programa o upang pangasiwaan ang mga programa, at sa iba pang mga pang-estado at pampederal na ahensiya ayon sa iniuutos ng batas.

- Kailangan mong sagutin ang lahat ng mga tanong sa aplikasyong ito maliban na lang kung sila ay minarkahan ng "opsiyonal." Kung kulang ang iyong aplikasyon sa kung ano man ang hinihiling namin, kokontakin ka namin upang makuha ito. ➡ ***Kung hindi mo ito ibibigay,*** hindi kami makakagawa ng desisyon tungkol sa iyong aplikasyon. Maaaring kailangan mong magsumite ng bagong aplikasyon, o maaaring hindi ka makakakuha ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California.
- Sa karamihan ng mga kaso, may karapatan kang makita ang personal na impormasyong tungkol sa iyo na nasa mga pampederal at pang-estadong rekord. Maaari mo itong makita sa isang alternatibong pormat (katulad ng malaking titik) kung kailangan mo ito.

Para sa karagdagang impormasyon o upang makita ang mga rekord ng Covered California, kontakin ang Opisyal sa Pagkapribado sa:

Covered California
Attention: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Telepono: **1-800-983-8816**
TTY: 1-888-889-4500

Ang mga pang-estado at pampederal na batas na ito ay nagbibigay sa amin ng karapatan upang kolektahin at itabi ang impormasyon sa aplikasyong ito:

42 U.S.C.§ 18031; California Government Code (Batas ng Pamahalaan ng California) §§ 100502(k) at 100503(a)

Kailangan naming ibigay sa iyo ang Pahayag ng Pagkapribadong ito sa ilalim ng California Civil Code (Sibil na Batas ng California) § 1798.17. Makikita mo ang Patakaran ng Pagkapribado ng Covered California sa **CoveredCA.com**.

Ang Hakbang 3 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Hakbang 3: Mangyaring basahin at pirmahan ang aplikasyong ito *(ipinagpapatuloy)*

Ang iyong mga karapatan at mga responsibilidad

- Ang impormasyon na ibinigay ko sa aplikasyong ito ay totoo sa pagkakaalam ko. Alam ko na maaari akong magbayad ng multa kung hindi ako magsasabi ng katotohanan.
- Naiintindihan ko na ang impormasyong ibibigay ko ay gagamitin lang upang malaman kung kuwalipikado ang mga tao sa aking pamilya na nag-aapply para sa segurong pangkalusugan (health insurance).
- Naiintindihan ko na pananatilihin ng Covered California na pribado ang aking impormasyon, ayon sa inuutos ng batas. Para sa karagdagang impormasyon, o akses sa personal na impormasyon sa mga rekord na pinapanatili ng Covered California, maaari kong makontak ang Opisyal sa Pagkapribado sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).
- Alam ko na kailangan kong sabihin sa Covered California ang tungkol sa mga pagbabago sa anumang nasulat ko sa aplikasyong ito. Upang maiulat ang mga pagbabago, maaari kong tawagan ang Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500) o bumisita sa **CoveredCA.com**.
- Alam ko na hindi maaaring magkaroon ng diskriminasyon ang Covered California laban sa akin o sa sinuman sa aplikasyong ito dahil sa lahi, kulay, bansang pinanggalingan, relihiyon, edad, kasarian, kinahihiligang kasarian (sexual orientation), estado sibil (marital status), katayuang beterano, o kapansanan. Kung sa tingin ko na nagkaroon ng diskriminasyon ang Covered California laban sa akin, kabilang na ang kabiguang magbigay ng makatwirang mga akomodasyon ayon sa iniuutos sa ilalim ng pang-estado at pampederal na batas, maaari akong magsagawa ng pagrereklamo sa pamamagitan ng pagbisita sa **www.hhs.gov/ocr/office/file** o **http://oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form**.
- Naiintindihan ko na ang anumang mga pagbabago sa aking impormasyon o sa impormasyon ng sinumang (mga) miyembro sa sambahayan ng aplikante ay maaaring maka-apekto sa pagkamarapat ng iba pang mga miyembro ng sambahayan.
- Kinukumpirma ko na walang sinuman na nag-aapply para sa segurong pangkalusugan sa aplikasyong ito ang nakakulong, pagkatapos ng disposisyon ng mga paratang (paghuhukom), nasa isang bilangguan, kulungan, o katulad na institusyong nagtatakda ng parusa sa paglabag sa batas (penal institution) o koreksiyonal na pasilidad.
- Naiintindihan ko na kailangan kong iulat ang mga pagbabago sa kita sa Covered California sa loob ng 30 araw ng pagbabago dahil maaari itong makaapekto sa aking pagkamarapat na makakuha ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng plano sa kalusugan ng Covered California.
- Binibigyan ko ng pahintulot ang Covered California na suriin ang iba pang mga rekord sa kompyuter ng ibang mga ahensiya upang patunayan ang pagkamamamayan, kasiya-siyang katayuang pang-imigrasyon, at iba pang impormasyon na kaugnay lamang sa pagkamarapat upang malaman kung ako o ang ibang tao sa aplikasyong ito ay kuwalipikado para sa segurong pangkalusugan.

Ang iyong karapatan upang mag-apela:

- Kung sa tingin ko na nagkamali ang Covered California, maaari kong i-apela ang desisyon. Ang *pag-apela* ay nangangahulugang pagsasabi sa isang tao sa Covered California na sa tingin ko mali ang kanilang desisyon at paghihiling ng patas na pagdinig sa aksiyon.
- Alam kong malalalaman ko kung paano mag-apela, kabilang na ang isang pinabilis na apela (expedited appeal), at kung paano makakuha ng pagsangguni para sa legal na tulong (legal aid referral) o libreng legal na tulong sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).
- Alam kong kailangan kong mag-file ng isang apela sa loob ng 90 mula sa araw na ipinadala sa koreo ang abiso o ibinigay sa akin.
- Alam kong maaari akong kumatawan sa aking sarili o magkaroon ng ibang tao na kakatawan sa akin sa aking apela, katulad ng isang awtorisadong kinatawan, isang kaibigan, kamag-anak, o isang abogado.
- Alam ko na ang mga pagdinig ay isasagawa sa pamamagitan ng telepono, video conference, o sa personal.
- Alam ko na kung kailangan ko ng tulong, may isang taong sa Covered California na makakapagpaliwanag sa aking kaso sa akin.
- Alam ko na may tao sa Covered California na makakapagpaliwanag sa mga sitwasyon kung kailan ang aking pagkamarapat ay maaaring mapanatili o maibalik sa dating kalagayan habang nakabinbin ang desisyon ng apela.
- Alam ko na ang isang desisyon ng apela para sa akin o sa iba pang miyembro ng aking sambahayan ay maaaring magresulta sa isang pagbabago sa aking pagkamarapat o sa pagkamarapat ng iba pang miyembro ng aking sambahayan. Ang pagbabago sa pagkamarapat ay maaaring magresulta sa muling pagpapasyasa pagkamarapat ng lahat ng mga miyembro ng sambahayan.

Pag-renew ng seguro:

- Upang mapadali ang pagpapatuloy sa pagkuha ng segurong pangkalusugan sa darating na mga taon, sumasang-ayon akong pahintulutan ang Covered California na gamitin ang mga pinagkukunan sa kompyuter (computer sources), katulad ng Social Security Administration. Kung ang mga pinagkukunan ay nagpapakita na karapat-dapat pa rin ako, ang aking pagsasaklaw ng seguro ay maaaring ma-renew nang dagdag ba 12 buwan at hindi ko na kailangang kumpletuhin ang isang pormularyo sa pag-renew o magpadala ng ibang papeles.

Ang Hakbang 3 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan ng Tulong?

Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 3: Mangyaring basahin at pirmahan ang aplikasyong ito
(ipinagpapatuloy)

Deklarasyon at pirma *Kinakailangan ito.*

Ipinapahayag ko sa ilalim ng parusa sa pagbibigay ng hindi totoong sinumpaang pahayag (perjury) na ang sinasabi ko sa ibaba ay totoo at tama.

- Naiintindihan ko ang lahat ng mga tanong sa aplikasyong ito, at nagbigay ako ng totoo at wastong mga sagot sa pagkakaalam ko. Kung saan hindi ko personal na alam ang sagot, ginawa ko ang makatwirang pagtatangka upang kumpirmahin ang sagot sa isang taong alam ito.
- Alam ko na kung hindi ko sasabihin ang katotohanan sa aplikasyong ito, maaaring magkaroon ng sibil o kriminal na parusa para sa pagbibigay ng hindi totoong sinumpaang pahayag (perjury) na maaaring kabibilangan ng hanggang sa apat na taong pagkabilanggo. (Tingnan ang California Penal Code Seksiyon 126.)
- Alam ko na ang impormasyon sa aplikasyong ito ay gagamitin upang magpasya kung ang tao na nag-aapply ay kuwalipikado para sa segurong pangkalusugan (health insurance). Pananatilihin ng Covered California na pribado ang impormasyon ayon sa inuutos ng batas pederal at batas ng California.
- Sumasang-ayon akong abisuhan ang Covered California sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500) o pagbisita sa **CoveredCA.com** kung may anumang pagbabago sa aplikasyong ito para sa sinumang taong nag-aapply para sa segurong pangkalusugan.
- Kung pumipili ako ng isang plano sa kalusugan sa pamamagitan ng pagkumpleto at pagsumite sa Attachment C, at kung napagpasyahan ng Covered California na karapat-dapat akong ipatala sa planong pinili ko sa Attachment C:
  - » Naiintindihan ko na sa pamamagitan sa pagpirma dito, pumapasok ako sa isang kontrata sa tagapag-isyu ng planong iyon.
  - » Ako ay hindi bababa sa 18 taong gulang o isang emancipated na menor-de-edad, at ako ay may kakayahan sa pag-iisip (mentally competent) upang pumirma ng isang kontrata.

Pirma ng aplikante o awtorisadong kinatawan	Petsa
▶	

Mga sertipikadong indibidwal ng Covered California *Kumpletuhin ang seksiyon na ito kung ikaw ay isang sertipikadong indibidwal ng Covered California na tumutulong sa isang tao upang kumpletuhin ang aplikasyong ito.*

Pinapatunayan ko na bilang isang Certified Enrollment Counselor (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala), Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro), o Certified Plan-Based Enroller (Sertipikadong Tagapagpatala na Nakabase sa Plano), tumulong ako sa aplikante na kumpletuhin ang aplikasyong ito at ang serbisyong ito ay walang bayad. Pinapatunayan ko rin na nagbigay ako ng totoo at wastong mga sagot sa lahat ng mga tanong sa aplikasyong ito sa pagkakaalam ko.Ipinaliwanag ko sa aplikante, sa wikang madaling maintindihan, ang panganib sa aplikante kung magbibigay siya ng maling impormasyon, at naintindihan ng aplikante ang paliwanag.

☐ Certified Enrollment Counselor (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala) Pangalan:	Numero ng CEC
Certified Enrollment Entity (Sertipikadong Entidad sa Pagpapatala)] Pangalan:	Numero ng CEE
☐ Pangalan ng Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro) Pangalan:	Numero ng Lisensiya
☐ Certified Plan-Based Enroller (Sertipikadong Tagapagpatala na Nakabase sa Plano) Plano: _____ Pangalan:	Numero ng sertipikasyon
Pirma ng sertipikadong indibidwal ▶	Petsa

Hindi babayaran ng estado ang Certified Enrollment Entity (Sertipikadong Entidad sa Pagpapatala) ng Covered California maliban na lang kung kinumpleto ng Certified Enrollment Counselor (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala) ang seksiyong ito nang kumpleto at wasto sa panahong isinumite ang aplikasyon.

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Hakbang 4: Impormasyon as pagpapadala sa koreo at checklist

Ipadala ang iyong napirmahang aplikasyon sa:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Naalaala mo bang:

- ☐ Sabihin sa amin ang tungkol sa lahat ng tao sa iyong pamilya na nangangailangan ng segurong pangkalusugan (health insurance).
- ☐ **Pirmahan** ang aplikasyong ito **sa pahina 12**? Kung pumili ka ng isang awtorisadong kinatawan, pirmahan rin ang pahina 10.

Ilan pang mga tanong *(opsiyonal)*

1. **Nagkaroon ka ba ng mga pagbabago sa iyong buhay kamakailan lang na naging dahilan upang gustuhin mong mag-apply para sa segurong pangkalusugan (health insurance)?**

   Kung oo, *lagyan ng tsek ang lahat ng angkop.*

   - ☐ Lumipat sa California
   - ☐ Nakakuha ng pagkamamamayan (citizenship) o lawful presence (naaayon sa batas ang pagtira sa USA)
   - ☐ Nagkaroon ng dependiyente (sa pamamagitan ng panganganak, kasal, o pag-ampon)
   - ☐ Pagkawala ng pagsasaklaw ng Medi-Cal
   - ☐ Iba pa _____
   - ☐ Hindi na nabibilanggo
   - ☐ Pagkawala ng segurong pangkalusugan
   - ☐ American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan
   - ☐ Pagkawala ng tulong sa premyum para sa segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California

   Kailan nangyari itong pangyayari sa buhay? *(buwan / araw / taon)*_____

2. **Paano mo narinig ang tungkol sa Covered California?** *Lagyan ng tsek ang lahat ng angkop.*

   - ☐ Outreach at programang pang-edukasyon
   - ☐ Anunsiyo sa magasin o diyaryo
   - ☐ Anunsiyong ipinadala sa koreo
   - ☐ Certified Enrollment Counselor (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala)
   - ☐ Tagapaglaan ng pangangalaga o ospital
   - ☐ Ipinasa ng ibang tao o narinig sa ibang tao
   - ☐ Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro)
   - ☐ Organisasyon o pagdiriwang sa komunidad
   - ☐ Website ng **CoveredCA.com**
   - ☐ Tanggapan ng pamahalaan
   - ☐ Karatula sa retail store
   - ☐ Kaibigan o pamilya
   - ☐ Internet search
   - ☐ Anunsiyo sa radyo
   - ☐ Tagapag-empleyo
   - ☐ Balitang programa o kuwento
   - ☐ Social media *(halimbawa, Facebook, Twitter, etc.)*
   - ☐ Iba pa _____
   - ☐ Email
   - ☐ Billboard
   - ☐ Polyeto
   - ☐ Simbahan
   - ☐ Botika
   - ☐ Mobile app
   - ☐ Anunsiyo online
   - ☐ Anunsiyo sa TV

Kailangan ng Tulong?

Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Attachment A: Para sa mga American Indian o Katutubo ng Alaska

★ **Kumpletuhin ito kung ikaw o ang isang miyembro ng pamilya ay American Indian o Katutubo ng Alaska.**

Ang mga American Indian o Katutubo ng Alaska ay makakakuha ng mga serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o mga programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod. Ang mga American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan ay maaari ring hindi na magbabayad sa mga out-of-pocket na gastos (katulad ng mga copayment) at maaaring makakuha ng mga espesyal na panahon ng pagpapatala. Siguraduhing kumpletuhin ang pormularyo na ito at ipadala ito kasama ng iyong aplikasyon at iyong katibayan ng pamanang American Indian o Katutubo ng Alaska. Maaari kang magpadala ng isang dokumento mula sa isang tribung Indian na kinikilala ng pederal na pamahalaan na nagpapakita na ikaw ay isang miyembro ng tribu o kaanib ng tribu.Kabilang sa mga dokumento ang isang tribal enrollment card (kard sa pagpapatala sa tribu) o certificate of degree of Indian blood (CDIB, sertipiko ng antas ng dugong Indian) mula sa Bureau of Indian Affairs (Kawanihan ng Kapakanan ng Indian).

Kung kailangan mong sabihin sa amin ang tungkol sa higit sa apat na taong American Indian o Katutubo ng Alaska, **gumawa ng kopya ng pahinang ito,** at siguraduhing ipadala ito kasama ng iyong aplikasyon.

Tao 1

Unang pangalan | Gitnang pangalan | Apelyido | Suffix *(halimbawa: Sr., Jr., III, IV)*

Ang taong ito ba ay miyembro ng isang tribung American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, *isulat ang pangalan ng tribu:* _____ *at ang estado ng tribu:* _____

Tao 2

Unang pangalan | Gitnang pangalan | Apelyido | Suffix *(halimbawa: Sr., Jr., III, IV)*

Ang taong ito ba ay miyembro ng isang tribung American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, *isulat ang pangalan ng tribu:* _____ *at ang estado ng tribu:* _____

Tao 3

Unang pangalan | Gitnang pangalan | Apelyido | Suffix *(halimbawa: Sr., Jr., III, IV)*

Ang taong ito ba ay miyembro ng isang tribung American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, *isulat ang pangalan ng tribu:* _____ *at ang estado ng tribu:* _____

Tao 4

Unang pangalan | Gitnang pangalan | Apelyido | Suffix *(halimbawa: Sr., Jr., III, IV)*

Ang taong ito ba ay miyembro ng isang tribung American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, *isulat ang pangalan ng tribu:* _____ *at ang estado ng tribu:* _____

Kailangan ng Tulong?

Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Attachment B: **Sanggunian ng Hakbang 2** *Gamitin ang listahang ito upang sagutin ang mga tanong sa Hakbang 2.*

Katayuang pang-imigrasyon

Kung ikaw ay nasa isa sa mga pangkat sa ibaba, maaaring kuwalipikado ka para sa segurong pangkalusugan (health insurance). Kung hindi nakalista ang iyong katayuang pang-imigrasyon, maaari ka pa ring kuwalipikado at dapat ka pa ring mag-apply.

- Lawful Permanent Resident (LPR, Legal na Permanenteng Residente/may hawak na Greencard)
- Lawful Temporary Resident (LTR, Legal na Pansamantalang Residente)
- Asylee (taong binigyan ng katayuang asylum)
- Refugee (taong tumatakas sa sariling bansa)
- Cuban/Haitian entrant
- Taong binigyan ng paglayang may pasubali patungo sa U.S.
- Conditional entrant na ipinagkaloob bago ang 1980
- Ginulping asawa, bata at magulang (battered spouse, child or parent)
- Biktima ng trafficking at ang kanyang asawa, anak, kapatid o magulang
- Binigyan ng withholding of deportation o withholding of removal, sa ilalim ng mga batas pang-imigrasyon o sa ilalim ng Convention against Torture (CAT)
- Taong may katayuang di-imigrante (kabilang ang mga worker visa, student visa, at mga mamamayan ng Micronesia, ng Marshall Islands, at Palau)
- Temporary Protected Status (TPS) o Aplikante para sa Temporary Protected Status (TPS)
- Deferred Enforced Departure (DED)
- Deferred action na katayuan *Tandaan: Kung ikaw ay isang indibidwal na may deferred action na katayuan sa ilalim ng deferred action for childhood arrivals in process (DACA) ng Department of Homeland Security, hindi ka itinuturing na lawfully present (nakatira sa USA na naaayon sa batas).*
- Aplikante para sa special immigrant juvenile status
- Aplikante para sa adjustment to LPR status, na may aprobadong petisyon sa visa
- Aplikante para sa asylum
- Aplikante para sa withholding of deportation o withholding of removal, sa ilalim ng mga batas pang-imigrasyon o sa ilalim ng Convention against Torture (CAT)
- Mga registry na aplikante na may Employment Authorization Document (EAD)
- Order of supervision (na may EAD)
- Aplikante para sa kanselasyon ng pagtatanggal o pagsususpinde ng deportasyon (na may EAD)

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Attachment C: Piliin ang iyong plano sa segurong pangkalusugan ng Covered California

★ Kung kailangan mo na sabihin sa amin ang tungkol sa higit sa apat na tao, **gumawa ng kopya ng pahinang ito at ang susunod na pahina** at gamitin ang mga iyon upang ibigay sa amin ang impormasyon. Tiyakin na ipadadala sa amin ang mga pahina kasam ang iyong aplikasyon.

Upang piliin ang pribadong health insurance plan, isulat ang pangalan o medalya ng plano na nais mo sa ibaba. Sa oras na pumili ka ng plano, kakailanganin mo na magbayad ng iyong kauna-unahang premium upang magkaroon ng bisa ang iyong health care coverage. **Dapat kang magbayad ng direkta sa insurance carrier na iyong pinili. Maaari kang makipag-ugnayan sa kanila ng direkta o hintayin na padalhan ka nila ng iyong babayaran. Huwag ipadala ang iyong bayad sa Covered California.** *Tingnan ang Frequently Asked Question #8 sa pahina 20 para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano magbayad ng iyong kauna-unahang premium na bayad.*

Upang matuto ng higit tungkol sa mga available na health plan o impormasyon sa pagbabayad ng premium, bisitahin ang **CoveredCA.com** o tumawag sa **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

Pangalan *Una, gitna, apelyido, suffix (halimbawa, Jr., Sr., III, IV)*	**Pangalan ng plano sa kalusugan (health plan)**	**Baitang ng metal**	**Numero ng metal**	**Uri ng plano**
Tao 1:		☐ Platinum ☐ Ginto ☐ Pilak ☐ Bronse ☐ Planong may pinakamaliit na pagsasaklaw (minimum coverage plan)		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Tao 2:		☐ Platinum ☐ Ginto ☐ Pilak ☐ Bronse ☐ Planong may pinakamaliit na pagsasaklaw (minimum coverage plan)		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Tao 3:		☐ Platinum ☐ Ginto ☐ Pilak ☐ Bronse ☐ Planong may pinakamaliit na pagsasaklaw (minimum coverage plan)		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Tao 4:		☐ Platinum ☐ Ginto ☐ Pilak ☐ Bronse ☐ Planong may pinakamaliit na pagsasaklaw (minimum coverage plan)		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO

Mga uri ng plano
EPO – Exclusive Provider Organization
HMO – Health Maintenance Organization
HSA – Health Savings Account (ang uri ng planong ito ay nagpapahintulot sa mga miyembro na magbukas at mag-ambag sa isang Health Savings Account)
PPO – Preferred Provider Organization

Upang makumpleto ang pagpili ng plano, ang lahat ng mga indibidwal na 18 taong gulang o higit pa na pumipili ng isang plano sa segurong pangkalusugan (health insurance) ay kailangang sumang-ayon at pumirma sa kasunduang arbitrasyon sa susunod na pahina.

Ang Attachment C *ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Attachment C: Piliin ang iyong plano sa segurong pangkalusugan (health insurance) ng Covered California *(ipinagpapatuloy)*

Kasunduan para sa Umiiral na Arbitrasyon

▶ Para sa bawat taong pumipili ng isang plano sa kalusugan ng Covered California:

Naiintindihan ko na ang bawat lumalahok na plano sa kalusugan ay may sarili nilang mga patakaran para sa paglutas ng mga pagtatalo o mga paghahabol, kabilang na, pero hindi limitado, sa mga paghahabol na iginiit ko, ng aking mga nakatalang dependiyente, mga tagapagmana, o mga awtorisadong kinatawan laban sa isang plano sa kalusugan, anumang kinontratang mga tagapaglaan ng pangangalaga sa kalusugan, mga administrador, o iba pang mga kaugnay na partido, tungkol sa pagkamiyembro sa plano sa kalusugan, ang pagsasaklaw para sa, o ang paghahatid ng, mga serbisyo o mga aytem, medikal o pang-ospital na di-nararapat na asal-propesyonal o malpractice (isang paghahabol o reklamo na ang mga medikal na serbisyo ay hindi kinakailangan o hindi awtorisado o isinagawa nang hindi maayos, pabaya, o nang walang kakayahan), o pananagutan ng lugar (premises liability).

Naiintindihan ko na, kung pipili ako ng plano sa kalusugan na nangangailangan ng umiiral na arbitrasyon (binding arbitration) upang lutasin ang mga pagtatalo, tinatanggap ko, at sumasang-ayon ako sa, paggamit ng umiiral na arbitrasyon upang lutasin ang mga pagtatalo o mga paghahabol (maliban sa mga kaso sa Small Claims Court (Hukuman para sa mga Maliliit na Paghahabol) at mga paghahabol na hindi maaaring mapasailalim sa binding na arbitrasyon sa ilalim na namamahalang batas) at sinusuko ko ang aking karapatan sa isang paglilitis na may lupong tagahatol (jury trial) at hindi maaaring pagpasyahan ang pagtatalo sa hukuman, maliban na lang kung naglalaan ang isang angkop na batas para sa pagsaalang-alang ng hukuman (judicial review) ng mga pamamaraan ng arbitrasyon (arbitration proceeding). Naiintindihan ko na ang ganap na tadhana ng arbitrasyon (full arbitration provision) para sa bawat lumalahok na plano sa kalusugan, kung mayroon man sila, ay nasa dokumento ng pagsasaklaw ng plano sa kalusugan, na makukuha online sa **CoveredCA.com** para sa aking pagrerepaso, o, matatawagan ko ang Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500) para sa karagdagang impormasyon.

▶ Mga pirma ng mga nagpatala para sa **lahat** ng mga plano

Pirma ng **Tao 1**, o ng responsableng partido, o awtorisadong kinatawan para kay **Tao 1**, kung hindi bababa sa 18 taong gulang ▶	Petsa
Pirma ng **Tao 2**, o ng responsableng partido, o awtorisadong kinatawan para kay **Tao 2**, kung hindi bababa sa 18 taong gulang ▶	Petsa
Pirma ng **Tao 3**, o ng responsableng partido, o awtorisadong kinatawan para kay **Tao 3**, kung hindi bababa sa 18 taong gulang ▶	Petsa
Pirma ng **Tao 3**, o ng responsableng partido, o awtorisadong kinatawan para kay **Tao 3**, kung hindi bababa sa 18 taong gulang ▶	Petsa

***Ang Attachment C** ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina*

Attachment C: Piliin ang iyong planosa ngipin ng bata (pediatric dental plan) ng Covered California

Para lamang sa mga batang 18 taong gulang o mas bata

★ Kung nais mo na mag-apply para sa mga serbisyo ng pediatric dental para sa higit na apat na anak, **gumawa ng kopya ng pahinang ito**. Gamitin ito upang ibigay sa amin ang impormasyon, at ipadala ito kasama iyong aplikasyon.

Kung sa tingin mo kuwalipikado ka para sa mga serbisyo sa ngipin ng bata (pediatric dental service) para sa iyong anak at gusto mong pumili ng isang plano sa ngipin ng bata (pediatric dental plan), isulat ang (mga) pangalan ng (mga) plano sa ibaba. Upang malaman ang dagdag pa tungkol sa mga plano sa ngipin ng bata (pediatric dental plan) na inilalaan ng Covered California, bumisita sa **CoveredCA.com** o tumawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

Pangalan *Una, gitna, apelyido, suffix (halimtbawa, Jr., Sr., III, IV)*	**Pangalan ng plano sa ngipin ng bata (pediatric dental plan)**	**Antas ng pagsasaklaw**	**Uri ng plano**
Bata 1:		☐ Mataas ☐ Mababa	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO
Bata 2:		☐ Mataas ☐ Mababa	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO
Bata 3:		☐ Mataas ☐ Mababa	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO
Bata 4:		☐ Mataas ☐ Mababa	☐ DEPO ☐ DHMO ☐ DPPO

Mga uri ng plano
DEPO - Dental Exclusive Provider Organization
DHMO - Dental Health Maintenance Organization
DPPO - Dental Preferred Provider Organization

Kailangan ng Tulong?

Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Mga Tanong na Madalas Tinatanong (FAQ)

Pagkuha ng tulong sa pamamagitan ng Covered California

1. Ano ang Covered California?

Ang Covered California ay isang bagong merkado kung saan ang mga indibidwal at mga pamilya ay makakakuha ng abot-kayang segurong pangkalusugan (health insurance) at ang iyong destinasyon para sa mataas-na-kalidad na pagsasaklaw sa kalusugan.

Ang layunin namin ay gawing simple at abot-kaya para sa mga taga-California na kumuha ng segurong pangkalusugan. Ang Covered California ay isang pagsososyo ng California Health Benefit Exchange at ng California Department of Health Care Services.

2. Paano makakatulong ang Covered California sa akin?

Makakatulong ang Covered California sa iyo sa pagpili ng pribadong plano sa seguro na tumutugon sa iyong mga pangangailangan sa kalusugan at badyet.

Maipapaliwanag namin nang malinaw ang mga gastos at mga benepisyo ng mga plano sa segurong pangkalusugan, kung kaya't maihahambing mo ang iba't ibang mga planong mapagpipilian mo. Malalaman mo nang eksakto kung ano ang iyong makukuha at magkano ang iyong kailangang bayaran bago mo piliin ang iyong plano.

3. Anong segurong pangkalusugan ang inaalok sa pamamagitan ng Covered California?

May iba't ibang uri ng mga plano sa kalusugan na mapipilian mo sa pamamagitan ng Covered California. **Hindi ka maaaring tanggihang saklawin** ng mga kompanya sa segurong pangkalusugan dahil nagkasakit ka na noon o hindi ka makakakuha ng pagsasaklaw.

Nag-aalok ang Covered California ng apat na pangkat ng mga plano sa segurong pangkalusugan: platinum, ginto, pilak, at bronse, dagdag pa ang planong may pinakamaliit na pagsasaklaw (minimum-coverage plan). Ang bawat pangkat ay nag-aalok ng ibang antas ng pagsasaklaw, mula sa mataas hanggang mababa. Ang mga plano sa segurong pangkalusugan na sumasaklaw ng marami sa iyong mga medikal na gastos ay karaniwang may mas mataas na premyum pero nagpapahintulot sa iyong magbayad nang mas kaunti sa panahong tatanggap ka ng medikal na pangangalaga.

Ang mga planong platinum ay may pinakamalaking premyum, pero binabayaran nila ang humigit-kumulang 90% ng iyong mga gastos sa pangangalaga ng kalusugan. Ang mga planong ginto ay nagbabayad ng mga 80%, at ang mga planong pilak ay nagbabayad ng mga 70% ng iyong mga gastos sa pangangalaga ng kalusugan. Ang mga planong bronse ang may pinakamababang premyum pero binabayaran nila ang humigit-kumulang 60% ng mga saklaw na gastos sa kalusugan. Upang malaman ang dagdag pa tungkol sa buong pakete ng mga benepisyong makukuha, mangyaring bumisita sa **CoveredCA.com** at suriin ang mga dokumento ng plano, katulad ng Evidence of Coverage ng plano, o ang polisa ng seguro (insurance policy) ng plano. O tawagan kami sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

4. Makakakuha ba ako ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California?

Sinumang taga-California ay makakakuha ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California kung siya ay residente ng estado at tumutugon sa iba pang mga kahilingan.

Ang mga aplikante ay maaaring maging kuwalipikado para sa libre o mababang-halagang plano sa kalusugan, o para sa pinansiyal na tulong na makakapagpababa sa gastos ng mga premyum at mga copayment. Ang halaga ng pinansiyal na tulong ay batay sa laki ng sambahayan at kita ng pamilya.

Upang mag-apply para sa pinansiyal na tulong, kailangan mong kumpletuhin ang ibang aplikasyon. Bumisita sa **CoveredCA.com** o tumawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

5. Makakakuha ba ako ng segurong pangkalusugan kahit na sobrang mataas ang aking kita?

Oo. Sinumang taga-California na kuwalipikado ay maaaring makabili ng segurong pangkalusugan kahit anupaman ang kanilang kita.

6. Paano ako mag-aapply?

Makaka-apply ka para segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California sa sumusunod na mga paraan:

Online: Bumisita sa **CoveredCA.com**. Magbibigay kami ng impormasyon tungkol sa bawat plano sa segurong pangkalusugan, na ipinapaliwanag sa malinaw at simpleng salita.

Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Walang bayad ang tawag na ito!

Sa pamamagitan ng fax: I-fax ang iyong aplikasyon sa **1-888-329-3700**.

Sa pamamagitan ng pagpapadala sa koreo: Ipadala sa koreo ang aplikasyon ng:

Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

Nang personal: Mayroon kaming sinanay na mga Enrollment Counselors (Tagapayo sa Pagpapatala) o Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro) na makakatulong sa iyo. O maaari kang bumisita sa tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county (county social services office). Walang bayad ang tulong na ito! Para sa listahan ng mga lugar na malapit sa kung saan ka nakatira o nagtatrabaho, bumisita sa **CoveredCA.com** o tumawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

7. Magkano ang gastos para dito?

Magdedepende ang gastos sa kung anong plano sa segurong pangkalusugan ang iyong pipiliin. Maaari mong gamitin ang cost calculator sa **CoveredCA.com** upang malaman ang gastos.

Ang** Mga Tanong na Madalas Tinatanong **ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina

Kailangan ng Tulong?

Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

CCFRM605 (11/13) TL

Pagkuha ng tulong sa pamamagitan ng Covered California *(ipinagpapatuloy)*

8. Dapat ko bang ipadala ang aking unang bayad sa premium kasama ang aplikasyon na ito?

Hindi, huwag ipadala ang iyong unang bayad sa premium sa Covered California. Dapat kang magbayad ng direkta sa insurance carrier. Maaari kang magbayad sa iyong unang premium sa pamamagitan ng liham o maaaring kunin ng iyong insurance carrier ang iyong bayad sa pamamagitan ng telepono o online. Tawagan sila para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano ka magbabayad.

Kung nakatanggap ka ng bill mula sa iyong insurance carrier, pakisuyong sundin ang mga tagubilin sa invoice upang bayaran ito. **Ang mga pediatric dental plan ay sisingilin ng hiwalay at dapat bayaran ng bukod.**

Kung hindi ka pa nakatanggap na bill, tawagan ang iyong insurance carrier. Ito ay tatagal ng hanggang 36 oras para matanggap nila ang iyong impormasyon pagkatapos mong mag-apply. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagbabayad ng iyong unang bayad sa premium, bisitahin ang **CoveredCA.com** at pindutin ang "How to Pay" (Paano magbayad) na buton o tumawag sa **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500).

9. Paano kung mayroon na akong segurong pangkalusugan?

Kung may abot-kayang segurong pangkalusugan ka na mula sa iyong tagapag-empleyo, hindi mo na kailangang gumawa nang anupaman. Pero maaari ka pa ring mag-apply upang malaman kung ikaw o ang mga miyembro ng iyong pamilya ay kuwalipikado para sa mas abot-kayang segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California.

10. Wala sa akin ang lahat ng impormasyon na kinakailangan ko upang sagutin ang mga tanong sa aplikasyong ito. Ano ang dapat kong gawin?

Kung wala sa iyo ang lahat ng impormasyon na aming hinihiling, pirmahan at isumite pa rin ang iyong aplikasyon. Tatawagan ka namin upang sabihin sa iyo kung ano ang iyong gagawin sa loob ng 10 hanggang 15 araw ng kalendaryo pagkatapos na natanggap namin ang iyong aplikasyon. Kung wala kang maririnig mula sa amin, mangyaring tawagan kami sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

11. Makakakuha ba ako ng tulong sa aking aplikasyon o sa pagpili ng plano?

Oo! Walang bayad ang tulong. May mga Certified Enrollment Counselors (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala) at Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro) sa mga komunidad sa buong estado na magbibigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa bagong mga pagpipilian sa segurong pangkalusugan at tutulungan kang mag-apply. Maaari kang makakuha ng tulong sa maraming iba't ibang wika.

Kumuha ng tulong sa iyong aplikasyon o sa pagpili ng plano:

Online: Bumisita sa **CoveredCA.com**. Magbibigay kami ng impormasyon tungkol sa bawat plano sa segurong pangkalusugan, na ipinapaliwanag sa malinaw at simpleng salita.

Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Walang bayad ang tawag na ito!

Nang personal: Mayroon kaming sinanay na mga Certified Enrollment Counselors (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala) at Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro) na makakatulong sa iyo. O maaari kang bumisita sa tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county (county social services office). Walang bayad ang tulong na ito! Para sa listahan ng mga lugar na malapit sa kung saan ka nakatira o nagtatrabaho, bumisita sa **CoveredCA.com** o tumawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

12. Paano ako makakapili ng plano sa segurong pangkalusugan?

Maaari kang bumisita sa **CoveredCA.com** upang madaling makabili at makahambing sa mga plano sa segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng paggamit ng online shop at compare tool. Maaari kang pumili sa antas ng pagsasaklaw na pinamakabuting tumutugon sa iyong mga pangangailangan sa kalusugan at badyet.

Maaari kang pumili sa antas ng pagsasaklaw na pinamakabuting tumutugon sa iyong mga pangangailangan sa kalusugan at badyet.

- Maaari kang pumiling magbayad ng mas mataas na buwanang gastos (na tinatawag na premyum) para magbabayad ka ng mas kaunting pera na galing sa iyong bulsa sa panahong kailangan mo ng medikal na pangangalaga.
- O, maaari kang pumiling magbayad ng mas mababang buwanang gastos pero magbabayad ka nang mas maraming pera na galing sa iyong bulsa sa panahong kailangan mo ng medikal na pangangalaga.

13. Kailangan ko ba ng segurong pangkalusugan ngayon na nagsimula na ang reporma sa kalusugan (health reform)?

Simula Enero 2014, karamihan sa mga tao, kabilang na ang mga bata, ay kailangang magkaroon ng segurong pangkalusugan dahil kung hindi, magbabayad sila ng parusa sa buwis (tax penalty). Ang magulang o tax filer na umaangkin sa isang anak bilang dependiyente sa buwis ng kanyang federal income tax return ay mananagot sa kawalan ng pagsasaklaw sa kalusugan ng dependiyenteng anak, pero ang parusa sa buwis (tax penalty) para sa walang segurong (uninsured) bata na wala pang 18 taong gulang ay kalahati ng parusa sa buwis (tax penalty) parasa walang segurong (uninsured) tao na nasa wastong gulang. Ang pagsasaklaw ay maaaring kabibilangan ng seguro sa pamamagitan ng iyong trabaho, pagsasaklaw na binili mo nang sarili, Medicare o full-scope Medi-Cal.

Ang** Mga Tanong na Madalas Tinatanong **ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina

Kailangan ng Tulong? Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Pagkuha ng tulong sa pamamagitan ng Covered California *(ipinagpapatuloy)*

Ang ilang mga tao ay libre (exempt) mula sa pagkakaroon ng segurong pangkalusugan. Kabilang sa mga taong ito, ngunit hindi limitado sa, ang mga tao kung saan ang kanilang mga relihiyosong paniniwala ay kumukontra sa pagtanggap ng mga benepisyong mula sa isang plano sa segurong pangkalusugan, mga taong nabibilanggo pagkatapos ng paghukom, mga taong miyembro ng tribung American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan, ang iyong mga taong kailangang magbayad ng higit sa 8% sa kanilang kita para sa segurong pangkalusugan, pagkatapos na isaalang-alang ang anumang mga kontribusyon ng tagapag-empleyo.

Sa 2014, ang parusa ay magiging 1% ng iyong taunang kita o $95, kung alinman ang mas malaki. Ang parusa ay tataas bawat taon. Sa 2016, ang parusa ay magiging 2.5% ng iyong taunang kita o $695, kung alinman ang mas malaki. Pagkatapos ng 2016, ang parusa sa buwis (tax penalty) ay tataas bawat taon batay sa cost-of-living adjustment.

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga parusa, bumisita sa **CoveredCA.com**.

14. Paano kung nagbago ang aking kita pagkatapos kong mag-apply?

Kung nagbago ang iyong kita, maaari nitong baguhin ang uri ng segurong pangkalusugan na kuwalipikado ka.

Kung mayroon kang pribadong segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California, tumawag sa amin upang malaman kung kuwalipikado ka para sa pinansiyal na tulong sa pamamagitan ng Covered California. Maaari nitong bawasan ang gastos ng iyong mga premyum at mga copayment.

15. Magagamit ko ba kaagad ang aking bagong plano sa segurong pangkalusugan ng Covered California?

Kung nag-aapply ka para sa segurong pangkalusugan sa sa Oktubre hanggang Disyembre 2013, magsisimula ang mga serbisyo nang kasing-aga nang Enero 2014. Kung mag-aaply ka sa Enero 2014 o pagkatapos, ang mga serbisyo ay maaaring mag-umpisa sa simula ng kasunod na buwan.

16. Ano ang mangyayari pagkatapos kong mag-apply?

Kung mag-aapply ka online o sa pamamagitan ng telepono, makakatanggap ka ng impormasyong tungkol sa kung kuwalipikado o hindi ka o ang iyong pamilya para sa Covered California. Kung magsusumite ka ng isang papel na aplikasyon o ipa-fax mo ang iyong aplikasyon, padadalhan ka namin ng sulat sa loob ng 10 araw ng kalendary mula sa pagtanggap ng aplikasyon. Kung wala kang maririnig mula sa amin, mangyaring tawagan kami sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

Iba pang mga tanong

17. Kailangan bang ang lahat ng taong nasa aplikasyoong ito ay mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national)?

Hindi, kung nag-aapply ka lang para sa ibang tao sa iyong pamilya, hindi mo kailangang magpadala ng katibayan ng iyong pagkamamamayan o katayuang pang-imigrasyon. Subalit, sinumang tao na binilhan ng seguro sa pamamagitan ng Covered California ay kailangang isang legal na residente at kailangang may katibayan ng pagkamamamayan o katayuang pang-imigrasyon.

18. Ang aplikasyong ito ay humihiling ng maraming personal na impormasyon. Ibabahagi ba ng Covered California ang aking personal at pinansiyal na impormasyon?

Hindi. Ang impormasyong iyong ibinigay ay pribado at ligtas, ayon sa iniuutos ng pederal at pang-estadong batas. Gagamitin lang namin ang impormasyon upang malaman kung kuwalipikado ka para sa segurong pangkalusugan.

19. Ako ay may pre-existing condition (anumang dati nang kalagayang medikal) o kapansanan. Makakakuha ba ako ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California?

Oo, makakakuha ka ng segurong pangkalusugan, kahit anupaman ang iyong kasalukuyan o nakaraang kondisyon ng kalusugan o kapansanan.

Simula 2014, karamihan sa mga plano sa segurong pangkalusugan ay hindi makakatangging saklawin ka o singilin ka nang mas mahal dahil lang ikaw ay may pre-existing condition (anumang dati nang kalagayang medikal) o kapansanan.

20. Paano kung ako ay may Medicare?

Sa batas, ang mga miyembro ng Medicare ay hindi makakabili ng dobleng pagsasaklaw sa pamamagitan ng isang Exchange. Kung kaya't, kung ikaw ay may Medicare, ang segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California ay hindi naaangkop para sa iyo. Kung naghahanap ka ng suplementong pagsasaklaw para sa iyong Medicare at wala kang pagsasaklaw ng retirado, mangyaring bumisita sa **www.medicare.gov** upang malaman ang tungkol sa pagpapatala sa isang plano ng Medicare Advantage o pagbili ng isang polisa ng Medi-gap.

Ang** Mga Tanong na Madalas Tinatanong **ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina

Kailangan ng Tulong?

Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. O bumisita sa **CoveredCA.com**.

Iba pang mga tanong *(ipinagpapatuloy)*

21. Nalaman ko lang na ako ay buntis. Makaka-apply ba ako para sa segurong pangkalusugan na sasaklaw sa akin sa panahong buntis ako?

Oo. Maaari kang mag-apply para sa segurong pangkalusugan na maaaring sumaklaw sa pangangalaga bago manganak (prenatal care), paghihilab at pagdaos ng panganganak, at pangangalaga pagkatapos manganak (postpartum care). Hindi ka na matatanggihan ng mga plano sa segurong pangkalusugan sa pagkakaroon ng segurong pangkalusugan kung ikaw ay buntis.

22. Magiging kuwalipikado ba ako sa segurong pangkalusugan kung hindi ako mamamayan o wala akong kasiya-siyang katayuang pang-imigrasyon (satisfactory immigration status)?

Ang sinumang nakatira sa California ay maaaring mag-apply para sa segurong pangkalusugan gamit ang aplikasyong ito. Ang mga taong nag-aapply lang ang kailangang magbigay ng mga Social Security number o impormasyon tungkol sa katayuang pang-imigrasyon.

Pero maaari kang maging kuwalipikado para sa mga partikular na programa sa segurong pangkalusugan kahit anupaman ang iyong katayuang pang-imigrasyon at kahit na wala kang Social Security number.

Pananatilihin naming pribado ang iyong impormasyon at ibabahagi lang namin ang impormasyon sa ibang mga ahensiya ng pamahalaan upang malaman kung sa aling programa ka kuwalipikado.

23. Saan ako makakakuha ng impormasyon tungkol sa pagiging rehistrado para bumoto?

Kung hindi ka rehistrado para bumoto sa lugar kung saan ka nakatira ngayon at gusto mong mag-apply upang maparehistro para bumoto ngayon, mangyaring bumisita sa **registertovote.ca.gov.** O, tumawag sa **1-800-345-VOTE (8683)**.

24. Ako ay isang American Indian o Katutubo ng Alaska. Paano makakatulong ang Covered California sa akin?

Ang mga American Indian o Katutubo ng Alaska ay makakakuha ng mga serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o mga programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod. Kung ikaw ay isang American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan, maaari kang maging karapat-dapat para sa:

- Walang mga out-of-pocket na gastos katulad ng mga pagkakaltas (deductible), mga copayment, at coinsurance (maliban na lang sa mga premyum)
- Mga espesyal na buwanang panahon ng pagpapatala

Siguraduhing kumpletuhin ang Attachment A at ipadala ito kasama ng iyong dokumentong katibayan ng pamanang American Indian o Katutubo ng Alaska. Kabilang sa, ngunit hindi limitado sa mga dokumento na maaari mong gamitin upang magbigay ng katibayan ng iyong pamanang American Indian o Katutubo ng Alaska ang:

1. Tribal enrollment card (kard sa pagpapatala sa tribu)
2. Certificate of degree of Indian blood (CDIB, Sertipiko ng Antas ng Dugong Indian) mula sa Bureau of Indian Affairs (Kawanihan ng Kapakanan ng Indian)

Kung interesado kang makatanggap ng anuman sa mga sumusunod na benepisyo, bumisita sa **CoveredCA.com** at gamitin ang "Aplikasyon para sa Segurong Pangkalusugan" upang mag-apply at malaman kung kuwalipikado ka para sa:

- Libre o mababang-halagang seguro, katulad ng Medi-Cal
- Mababang-halagang seguro para sa mga buntis na babae sa pamamagitan ng Access for Infants and Mothers (AIM)
- Tulong sa pagbayad para sa pribadong segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California

25. Paano kung hindi ako sumasang-ayon sa desisyon na ginawa ng Covered California?

Maaari kang mag-file ng isang apela. Upang i-apela ang isang desisyon na hindi mo sinasang-ayunan, kontakin ang Covered California sa pamamagitan ng isa sa mga paraang ito:

- **Online:** Bumisita sa **CoveredCA.com**.
- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY:1-888-889-4500). Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Walang bayad ang tawag na ito!
- **Sa pamamagitan ng fax:** I-fax ang apela sa **1-888-329-3700**.
- **Sa pamamagitan ng pagpapadala sa koreo:** Ipadala sa koreo ang apela sa:
  Covered California – Appeals
  P.O. Box 989725
  West Sacramento, CA 95798-9725
- **Nang personal:** Mayroon kaming sinanay na mga Certified Enrollment Counselors (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala) at Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro) na makakatulong sa iyo. Walang bayad ang tulong na ito!
- Para sa listahan ng mga Certified Enrollment Counselors (Sertipikadong Tagapayo sa Pagpapatala) at Certified Insurance Agent (Sertipikadong Ahente ng Seguro) na malapit sa lugar kung saan ka nakatira o nagtatrabaho, bumisita sa **CoveredCA.com** o tumawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

Pagkuha ng tulong sa iba pang mga wika

Maaari kang kumuha ng tulong sa aplikasyong ito sa iba pang mga wika. Tumawag sa 1-800-983-8816.

Podemos ayudarle en español a llenar esta solicitud. Llame al 1-800-300-0213.

SPANISH

您可以透過其他語言獲得此申請的幫助。請致電 1-800-300-1533.

TRADITIONAL CHINESE

Quý vị có thể được trợ giúp về đơn đăng ký này bằng tiếng Việt. Hãy gọi 1-800-652-9528.

VIETNAMESE

이 응용 프로그램에 대한 한국어 지원을 받으실 수 있습니다. 전화: 1-800-738-9116.

KOREAN

Maaari kang kumuha ng tulong para sa aplikasyong ito sa Tagalog. Tumawag sa 1-800-983-8816.

TAGALOG

Koj txais tau kev pab nrog kev tso npe no ua lus Hmoob. Hu 1-800-771-2156.

HMONG

Вы можете получить помощь в оформлении этой заявки на русском языке. Звоните по телефону 1-800-778-7695.

RUSSIAN

Դուք կարող եք հայերենով օգնություն ստանալ այս դիմումի ձևը լրացնելու հարցում: Զանգահարեք 1-800-996-1009.

ARMENIAN

می توانید در ارتباط با این فرم تقاضا به زبان های دیگر کمک دریافت کنید. با شماره 1-800-921-8879 تماس بگیرید.

FARSI

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយចំពោះពាក្យសុំនេះជាភាសាខ្មែរ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-906-8528.

KHMER

يمكنك الحصول على المساعدة بشأن هذا الطلب باللغة العربية. اتصل بـ 1-800-826-6317.

ARABIC

"I-like" ang Covered California sa Facebook! Pumunta sa: Facebook.com/CoveredCA

Sundan kami! @CoveredCA