Aplikasyon para sa Segurong Pangkalusugan (Health Insurance)

COVERED CALIFORNIA

Ang iyong destinasyon para sa abot-kayang segurong pangkalusugan, kabilang na ang Medi-Cal

Tingnan ang Nasa Loob

Mga bagay na dapat malaman	1
Aplikasyon	2–19
Mga Kalakip A–F	20–28
Mga Kadalasang Tinatanong na Tanong (Frequently Asked Questions, FAQ)	29–33

Ang Covered California ay isang sistema kung saan makakakuha ng pagsasaklaw sa pangangalaga ng kalusugan (health insurance) kung saan makakakuha ang mga indibidwal at mga pamilya ng abot-kayang segurong pangkalusugan. Gamit lamang ang isang aplikasyon, malalaman mo kung kuwalipikado ka sa isang libre o mababang-halagang segurong pangkalusugan (health insurance), kabilang na ang Medi-Cal.

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 aplikasyong ito upang malaman kung sa aling mga pagpipiliang seguro ka kuwalipikado:

- Libre o mababang-halagang seguro na mula sa Medi-Cal
- Mababang-halagang seguro para sa mga buntis na babae sa pamamagitan ng Access for Infants and Mothers (AIM, Akses para sa mga Sanggol at mga Ina)
- Abot-kayang mga pribadong plano sa segurong pangkalusugan
- Tulong sa pagbayad para sa iyong segurong pangkalusugan

➡ Maaaring maging kuwalipikado ka para sa libre o mababang-halagang programa kahit na kumikita ka ng hanggang sa $94,000 bawat taon para sa isang pamilyang may 4 na miyembro.

➡ Maaari mong gamitin ang aplikasyong ito upang mag-apply para sa kung sino sa iyong pamilya, kahit na mayroon na silang seguro ngayon.

Mas mabilis mag-apply sa pamamagitan ng Covered California at CoveredCA.com

Or tumawag sa: 1-800-983-8816 (TTY: 1-888-889-4500)
Maaari kang tumawag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 6 p.m.

Maaari mong makuha ang aplikasyong ito sa iba pang mga wika Iba pa languages

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.

Mga bagay na dapat malaman

Ano ang kailangan mong malaman sa panahong mag-aapply ka

- Ang mga Social Security Numero 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. katayuang pang-imigrasyon
- Impormasyon sa tagapag-empleyo at kita para sa lahat ng tao sa iyong pamilya.
- Ang impormasyon sa iyong pampederal na buwis. Halimbawa, ang tao na nagpa-file sa buwis bilang pinuno ng sambahayan at ang mga dependiyente na inaangkin sa iyong mga buwis.
- Ang impormasyon tungkol sa segurong pangkalusugan (health insurance) na makukuha mo o ng sinuman sa iyong pamilya sa pamamagitan ng isang trabaho.

➡ Hinihiling namin ang tungkol sa kita at iba pang impormasyon upang masiguro na makuha mo at ng iyong pamilya ang pinakamaraming benepisyong posibleng matanggap.

➡ **Pinapanatili naming pribado at ligtas ang iyong impormasyon ayon sa inuutos ng batas.** Gagamitin lang namin ang iyong impormasyon upang malaman kung kuwalipikado ka para sa segurong pangkalusugan.

➡ 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 hindi ka magpa-file ng buwis, maaari ka pa ring maging kuwalipikado para sa libre o mababang-halagang seguro sa pamamagitan ng Medi-Cal.

➡ 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 iyong 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**
- **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 tumuwag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., at sa Sabado, 8 a.m. hanggang 6 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 ersonal 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 mo ng Tulong?

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

CCFRM604 (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	Iba pang numero ng Telepono
☐ Tirahan ☐ Cellphone ☐ Trabaho Numero: ( ) –	☐ Tirahan ☐ Cellphone ☐ 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 applikasyong ito?

☐ Telepono ☐ Adres Pangkoreo ☐ Email Email address: _____

Nag-aapply ka ba para sa isang batang wala pang 1 taong gulang?

Ang mga sanggol na wala pang 1 taong gulang ay karapat-dapat para sa Medi-Cal kung ang kanilang ina ay nasa Medi-Cal o AIM sa oras ng panganganak. Hindi mo kailangang kumpletuhin ang isang aplikasyon upang makakuha ng Medi-Cal para sa isang sanggol na ipinanganak ng isang ina na may Medi-Cal o AIM sa oras ng panganganak. Tawagan ang tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county (county social services office kung ipinanganak na ang iyong sanggol upang masiguro na sinasaklaw ang iyong sanggol. O kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba.

Opsiyonal: Kung ang sumusunod na impormasyon ay ibinigay, maaaring awtomatikong magiging karapat-dapat ang sanggol para sa Medi-Cal. Hindi mo kailangang kumpletuhin ang Hakbang 2 ng aplikasyong ito para sa sanggol.

Nag-aapply ka ba para sa isang batang wala pang 1 taong gulang? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, may Medi-Cal o AIM ba ang ina ng bata sa panahong ipinanganak ang bata? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ililista ba ang ina ng bata sa aplikasyong ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ang ina ay ang Tao # _____ sa aplikasyong ito

Kung hindi, ano ang unang pangalan at apelyido ng ina? _____

Mangyaring ibigay ang numero ng Medi-Cal, numero ng AIM o SSN ng ina _____

Kailangan mo ng Tulong?

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

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

Ang iyong kita at laki ng pamilya ay tutulong sa aming magpasya kung aling programa ka kuwalipikado. Gamit ang impormasyong ito,
masisiguro namin na makakakuha ang lahat ng pinakamahusay na posibleng pagsasaklaw.

Kailangan mong isama ang mga taong ito sa aplikasyong ito:

- Ang iyong asawa
- Ang iyong mga anak na nakatira sa iyo
- Ang lahat ng mga magulang na nakatira sa tahanan na kasama ang kanilang anak
- Sinuman na nasa iyong federal income tax return, kung nag-file ka nito. Hindi mo kailangang mag-file ng buwis upang mag-apply para sa segurong pangkalusugan (health insurance).

★ Kung inangkin ka bilang isang dependiyente sa tax return ng ibang tao, kailangan mong isama ang lahat ng mga miyembro ng sambahayang nagpa-file ng buwis na umangkin sa iyo at sinumang miyembro ng pamilya na nakatira sa iyo.

★ 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.

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para sa bawat tao sa iyong pamilya. Magsimula sa iyong sarili!

- Upang mag-apply para sa higit pa sa apat na tao sa aplikasyong ito, **gumawa ng kopya ng mga pahina 6-8** 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 katayuang pang-imigrasyon o Social Security number (SSN) para sa mga tao sa iyong pamilya na hindi nag-aapply para sa segurong pangkalusugan.

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

Ikaw ba ay: ☐ Walang asawa ☐ Hindi kailanman nakasal ☐ Kasal ☐ Diborsiyado ☐ Nakarehistrong domestic partner ☐ Biyudo/Biyuda

Petsa ng kapanganakan *(buwan / araw / taon)*

Buntis ka ba? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** ilang mga sanggol ang iyong inaasahan? _____
Ano ang inaasahang petsa ng panganganak? _____

Pag-aapply para sa segurong pangkalusugan *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 at kumpletuhin ang mga pahina 4 at 5.

☐ Hindi Kung **hindi** ka nag-aapply para sa iyong sarili pero nag-aapply para sa isang dependiyente, siguraduhing kumpletuhin ang pahina 5.

☐ Hindi Kung **hindi** ka nag-aapply para sa iyong sarili o para sa isang dependiyente, pumunta sa pahina 6.

★ 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

★ Kailangan mong magbigay ng Social Security number (SSN) kung nais mong mag-apply para sa segurong pangkalusugan. Ginagamit namin ang mga Social Security number (mga SSN) upang suriin ang kita at iba pang impormasyon. Kahit na hindi ka mag-aapply, ang pagbibigay ng iyong SSN ay makakatulong sa aming suriin nang mas mabilis ang iyong aplikasyon. Siguraduhing ibigay ang iyong SSN kung hindi ka nag-aapply para sa iyong sarili pero nagpa-file ka ng mga buwis at nag-aapply para sa isang tao sa iyong pambuwis na sambahayan (tax household).

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**.

***Ang Tao 1** ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan mo ng Tulong?

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

Hakbang 2: Tao 1 *(ipinagpatuloy)*

Impormasyon hinggil sa federal income tax *Kung hindi ka magpa-file ng buwis, maaari ka pa ring maging kuwalipikado para sa libre o mababang-halagang seguro sa pamamagitan ng Medi-Cal. Pananatilihin naming pribado ang iyong impormasyon. Gagamitin lang namin ang iyong impormasyon upang magpasya kung kuwalipikado ka para sa segurong pangkalusugan (health insurance).*

Ikaw ba ay ang pangunahing tax filer (ang iyong pangalan ang nangunguna sa tax return)? ☐ Oo ☐ Hindi
Isang tao lang sa aplikasyong ito ang maaaring maging pangunahing tax filer.

Magpa-file ka ba ng buwis para sa taon ng **benepisyo**?
☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** magpa-file ka bilang sino?
☐ Pinuno ng sambahayan ☐ Walang asawa
☐ Kasal na magpa-file kasama ng asawa
☐ Kasal na magpa-file nang hiwalay sa asawa

May sinuman bang umaangkin sa iyo bilang dependiyente nila sa kanilang buwis? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** sino?
☐ Tao # _____ sa aplikasyong ito
☐ Ang taong ito ay isang magulang na walang custody sa kanyang anak
☐ Ang taong ito ay isang magulang na walang custody sa kanyang anak na hindi nakalista sa aplikasyong ito

May iba ka bang segurong pangkalusugan o inalok ka ba ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng trabaho? ☐ Oo ☐ Hindi
Kung oo, kumpletuhin ang Attachment B sa mga pahina 22 at 23.

May kapansanan ka ba sa katawan, kaisipan, emosyonal o sa paglaki? ☐ Oo ☐ Hindi
Tingnan ang FAQ #27 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng pagkakaroon ng kapansanan.

Kailangan mo ba ng tulong sa pangmatagalang pangangalaga o mga serbisyong nakabase sa tahanan o komunidad? ☐ Oo ☐ Hindi

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 E sa pahina 27 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

Tumatanggap ka ba ng mga benepisyo ng Medicare?
☐ Oo ☐ Hindi

Nagkaroon ka ba ng medikal na gastos sa nakaraang 3 buwan na nangangailangan ka ng tulong upang mabayaran?
☐ Oo ☐ Hindi

Nakatira ka ba kasama ng sinumang anak na wala pang 19 taong gulang? ☐ Oo ☐ Hindi
Kung oo, ikaw ba ang pangunahing tao na nag-aalaga sa bata o mga bata? ☐ Oo ☐ Hindi

Ikaw ba ay 18 hanggang 20 taong gulang at isang full-time na mag-aaral? ☐ Oo ☐ Hindi
Ikaw ba ay 18 hanggang 26 taong gulang? ☐ Oo ☐ Hindi
Kung oo, ikaw ba ay nasa loob ng isang foster care sa alinmang estado sa iyong ika-18 taong kaarawan? ☐ Oo ☐ Hindi
Ikaw ba ay 18 taong gulang o mas bata pa? ☐ Oo ☐ Hindi Ilang mga mga magulang ang nakatira sa iyo? _____

Pansamantala ka bang naninirahan sa labas ng estado? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung gusto mong pumili ng plano sa segurong pangkalusugan ngayon, maglagay ng tsek dito ☐ at kumpletuhin ang Attachment D sa pahina 25.

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong lahi *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 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 mga pahinang 20 at 21.

Ang Tao 1 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

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

Hakbang 2: Tao 1 *(ipinagpatuloy)*

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong kasalukuyang trabaho at kung papaano ka tumatanggap ng pera *Maglakip ng dagdag na pahina kung kailangan mo ng karagdagang puwang .*

Nagtatrabaho ka ba ngayon? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung hindi,*** pumunta sa ibang kita sa pahinang ito

▶ **Saan ka nagtatrabaho ngayon?** *Kung may dagdag kang mga trabaho, maglakip ng isa pang pahina ng papel.*

TRABAHO 1: Paano ka binabayaran?	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*
Pangalan ng tagapag-empleyo *(opsiyonal)*	Magkano ang ibinabayad sa iyong suweldo (bago kinakaltasan ng buwis)? **$** _____
TRABAHO 2: Paano ka binabayaran?	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*
Pangalan ng tagapag-empleyo *(opsiyonal)*	Magkano ang ibinabayad sa iyong suweldo (bago kinakaltasan ng buwis)? **$** _____

▶ **Ikaw ba ay may sariling negosyo (self-employed)?**

TRABAHO 1: Ikaw ba ay may sariling negosyo (self-employed)?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa iba pang kita sa pahinang ito.

Uri ng trabaho	Magkano *ang net na* kita na iyong makukuha mula sa sariling negosyo (self-employment) ngayong buwan? **$** _____ *Ang net na* kita ay nangangahulugang natitirang kita pagkatapos na *binayaran ang mga gastos. Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista sa kung ano ang maaaring kuwentahin*

TRABAHO 2: Ikaw ba ay may sariling negosyo (self-employed)?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa iba pang kita sa pahinang ito.

Uri ng trabaho	Magkano *ang net na* kita na iyong makukuha mula sa sariling negosyo (self-employment) ngayong buwan? **$** _____ *Ang net na* kita ay nangangahulugang natitirang kita pagkatapos na *binayaran ang mga gastos. Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista sa kung ano ang maaaring kuwentahin*

▶ **Ikaw ba ay may iba pang kita?** *Ang ibang kita ay pera na natatanggap mo mula sa ibang pinagmulan maliban sa iyong trabaho. Huwag isama ang mga bayad para sa suporta sa bata (child support), bayad sa beterano, o Supplemental Security Income (SSI). Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista ng mga halimbawa ng iba pang kita.*

Ikaw ba ay may iba pang kita? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa pagbabago sa kita sa pahinang ito.

Saan nanggagaling ang kitang ito?	**Gaano kadalas ka binabayaran?** *(maglagay ng tsek sa isa)*	**Magkano?**
	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**
	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**

▶ **May pagbabago sa kita ka ba buwan-buwan?** *Kung nagbabago ito, sagutin ang dalawang Tanong sa ibaba.*

Ano ang inaasahan mong iyong kabuuang kita sa taong **ito**? *(opsiyonal)* **$** _____	Kung inaasahan mong magbabago ang iyong kita sa **susunod** na taon, ano ang magiging bagong kabuuang kita mo? *(opsiyonal)* **$** _____

▶ **May mga pagkakaltas (deduction) ka ba?** *Kung magbabayad ka para sa mga partikular na bagay na maaaring maikakaltas sa federal income tax return, ang pagsasabi sa amin tungkol dito ay maaaring magpababa sa gastos ng segurong pangkalusugan (health insurance). Huwag isama ang mga gastos sa sariling negosyo (self-employment). Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista ng mga halimbawa ng mga pagkakaltas (deduction).*

May mga pagkakaltas (deduction) ka ba? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa susunod na pahina.

Uri ng pagkakaltas (deduction)	**Gaano kadalas ka nakakatanggap o nagbabayad para sa pagkakaltas (deduction) na ito?** *(maglagay ng tsek sa isa)*	**Magkano?**
☐ Binayarang alimony ☐ Interes sa student loan ☐ Iba pa	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**
☐ Binayarang alimony ☐ Interes sa student loan ☐ Iba pa	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**

Kailangan mo ng Tulong?

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

Hakbang 2:

Tao 2 *Sabihin sa amin ang tungkol sa* ***susunod na taong*** *nakatira sa iyong tahanan.*
Kung ikaw ay may higit sa apat na tao *sa aplikasyong ito, gumawa ng kopya ng mga pahinang 6–8 para sa bawat dagdag na tao.*

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

☐ 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 wala 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 or 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?

Ang taong ito ba ay: ☐ Lalaki ☐ Babae

Ang taong ito ba ay: ☐ Walang asawa ☐ Hindi kailanman nakasal ☐ Kasal ☐ Diborsiyado ☐ Nakarehistrong domestic partner ☐ Biyudo/Biyuda

Petsa ng kapanganakan *(buwan / araw / taon)*

Buntis ba ang taong ito? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** ilang mga sanggol ang iyong inaasahan?_____
Ano ang inaasahang petsa ng panganganak?_____

Pag-aapply para sa segurong pangkalusugan (health insurance) *Kahit na may seguro pa ngayon ang taong ito, 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,*** Opsiyonal ang impormasyon sa SSN.

★ 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

Impormasyon sa pampederal na buwis *Kung hindi magpa-file ng buwis ang taong ito, maaari pa rin siyang maging kuwalipikado para sa libre o mababang-halagang seguro sa pamamagitan ng Medi-Cal. Papanatilihin naming pribado ang impormasyon at gagamitin lang namin ito upang magpasya kung kuwalipikado ang tao para sa segurong pangkalusugan.*

Ang taong ito ba ay ang pangunahing tax filer (ang kanyang pangalan ang nangunguna sa tax return)? ☐ Oo ☐ Hindi
Isang tao lang sa aplikasyong ito ang maaaring maging pangunahing tax filer.

Magpa-file ba ng buwis ang taong ito para sa taon ng **benepisyo**? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** paano siya magpa-file?
☐ Pinuno ng sambahayan ☐ Walang asawa ☐ Dependent
☐ Kasal na magpa-file kasama ng asawa
☐ Kasal na magpa-file nang hiwalay sa asawa

May sinuman bang umaangkin sa taong ito bilang dependiyente nila sa kanilang buwis? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** sino?
☐ Tao # _____ sa aplikasyong ito
☐ Ang taong ito ay isang magulang na walang custody sa kanyang anak
☐ Ang taong ito ay isang magulang na walang custody sa kanyang anak na hindi nakalista sa aplikasyong ito

Ang Tao 2 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan mo ng Tulong?

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

Hakbang 2: Tao 2 *(ipinagpatuloy)*

May iba bang segurong pangkalusugan (health insurance) ang taong ito o inalok ba ang taong ito ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng trabaho? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** kumpletuhin ang Attachment B sa mga pahina 22 at 23.

May kapansanan ba ang taong ito sa katawan, kaisipan, emosyonal o sa paglaki? ☐ Oo ☐ Hindi *Tingnan ang FAQ #27 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng pagkakaroon ng kapansanan.*

Kailangan ba ng taong ito ang tulong sa pangmatagalang pangangalaga o mga serbisyong nakabase sa tahanan o komunidad? ☐ Oo ☐ Hindi

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 E sa pahina 27. para sa 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

Tumatanggap ba ang taong ito ng mga benepisyo ng Medicare? ☐ Oo ☐ Hindi

Nagkaroon ba ang taong ito ng medikal na gastos sa nakaraang 3 buwan na nangangailangan siya ng tulong upang mabayaran? ☐ Oo ☐ Hindi

Nakatira ba ang taong ito na kasama ng sinumang anak na wala pang 19 taong gulang? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ang taong ito ba ang pangunahing tao na nag-aalaga sa bata o mga bata? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito ba ay 18 hanggang 20 taong gulang at isang full-time na mag-aaral? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito ba ay 18 hanggang 26 taong gulang? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ang taong ito ba ay nasa loob ng isang foster care sa alinmang estado sa iyong ika-18 taong kaarawan? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito ba ay 18 taong gulang o mas bata pa? ☐ Oo ☐ Hindi Ilang mga mga magulang ang nakatira sa taong ito? _____

Pansamantala bang naninirahan sa labas ng estado ang taong ito? ☐ Oo ☐ Hindi

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 mga pahinang 20 at 21.

Ang Tao 2 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Hakbang 2: Tao 2 *(ipinagpatuloy)*

Sabihin sa amin ang tungkol sa kasalukuyang trabaho ng taong ito at kung papaano siya tumatanggap ng pera *Maglakip ng dagdag na pahina kung kailangan mo ng karagdagang puwang.*

Nagtatrabaho ba ngayon ang taong ito? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung hindi,*** pumunta sa ibang kita sa pahinang ito

▶ Nagtatrabaho ba ngayon ang taong ito? *Kung siya ay may dagdag pang mga trabaho, maglakip ng isa pang pahina ng papel.*

TRABAHO 1: Paano binabayaran ang taong ito?	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*
Pangalan ng tagapag-empleyo *(opsiyonal)*	Magkano ang ibinabayad sa kanyang suweldo (bago kinakaltasan ng buwis)? **$**_____
TRABAHO 2: Paano binabayaran ang taong ito?	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*
Pangalan ng tagapag-empleyo *(opsiyonal)*	Magkano ang ibinabayad sa kanyang suweldo (bago kinakaltasan ng buwis)? **$**_____

▶ Ang taong ito ba ay may sariling negosyo (self-employed)?

TRABAHO 1: Ang taong ito ba ay may sariling negosyo (self-employed)?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa iba pang kita sa pahinang ito.

Uri ng trabaho	Magkano *ang net na* kita na makukuha ng taong ito mula sa sariling negosyo (self-employment) ngayong buwan? **$**_____ *Ang net na* kita ay nangangahulugang natitirang kita pagkatapos n*a binayaran ang mga gastos. Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista sa kung ano ang maaaring kuwentahin*

TRABAHO 2: Ang taong ito ba ay may sariling negosyo (self-employed)?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa iba pang kita sa pahinang ito.

Uri ng trabaho	Magkano *ang net na* kita na makukuha ng taong ito mula sa sariling negosyo (self-employment) ngayong buwan? **$**_____ *Ang net na* kita ay nangangahulugang natitirang kita pagkatapos n*a binayaran ang mga gastos. Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista sa kung ano ang maaaring kuwentahin*

▶ May iba pa bang kita ang taong ito? *Ang ibang kita ay pera na natatanggap mo mula sa ibang pinagmulan maliban sa iyong trabaho. Huwag isama ang mga bayad para sa suporta sa bata (child support), bayad sa beterano, o Supplemental Security Income (SSI). Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista ng mga halimbawa ng iba pang kita.*

May iba pa bang kita ang taong ito? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa pagbabago sa kita sa pahinang ito.

Saan nanggagaling ang kitang ito?	**Gaano kadalas binabayaran ang taong ito?** *(maglagay ng tsek sa isa)*	**Magkano?**
	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**
	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**

▶ May pagbabago sa kita ba ang taong ito buwan-buwan? *Kung nagbabago ito, sagutin ang dalawang Tanong sa ibaba.*

Ano ang inaasahan ng taong ito na kanyang kabuuang kita sa taong **ito**? *(opsiyonal)* **$** _____	Kung inaasahan mong magbabago ang kita ng taong ito sa **susunod** na taon, ano ang magiging bagong kabuuang kita niya? *(opsiyonal)* **$**_____

▶ May mga kinakaltas (deduction) ba ang taong ito? *Kung magbabayad ka para sa mga partikular na bagay na maaaring maikakaltas sa federal income tax return, ang pagsasabi sa amin tungkol dito ay maaaring magpababa sa gastos ng segurong pangkalusugan (health insurance). Huwag isama ang mga gastos sa sariling negosyo (self-employment). Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista ng mga halimbawa ng mga pagkakaltas (deduction).*

May mga kinakaltas (deduction) ba ang taong ito? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa susunod na pahina.

Uri ng pagkakaltas (deduction)	**Gaano kadalas nakakatanggap o nagbabayad ang taong ito para sa pagkakaltas (deduction) na ito?** *(maglagay ng tsek sa isa)*	**Magkano?**
☐ Binayarang alimony ☐ Interes sa student loan ☐ Iba pa	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**
☐ Binayarang alimony ☐ Interes sa student loan ☐ Iba pa	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**

Kailangan mo ng Tulong?

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

Hakbang 2: **Tao 3** *Sabihin sa amin ang tungkol sa **susunod na taong** nakatira sa iyong tahanan.*

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

☐ 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 wala 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 or 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?

Ang taong ito ba ay: ☐ Lalaki ☐ Babae

Ang taong ito ba ay: ☐ Walang asawa ☐ Hindi kailanman nakasal ☐ Kasal ☐ Diborsiyado ☐ Nakarehistrong domestic partner ☐ Biyudo/Biyuda

Petsa ng kapanganakan *(buwan / araw / taon)*

Buntis ba ang taong ito? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** ilang mga sanggol ang iyong inaasahan?_____
Ano ang inaasahang petsa ng panganganak?_____

Pag-aapply para sa segurong pangkalusugan (health insurance)

Kahit na may seguro pa ngayon ang taong ito, 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,*** Opsiyonal ang impormasyon sa SSN.

★ 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

Impormasyon sa pampederal na buwis

Kung hindi magpa-file ng buwis ang taong ito, maaari pa rin siyang maging kuwalipikado para sa libre o mababang-halagang seguro sa pamamagitan ng Medi-Cal. Papanatilihin naming pribado ang impormasyon at gagamitin lang namin ito upang magpasya kung kuwalipikado ang tao para sa segurong pangkalusugan.

Ang taong ito ba ay ang pangunahing tax filer (ang kanyang pangalan ang nangunguna sa tax return)? ☐ Oo ☐ Hindi
Isang tao lang sa aplikasyong ito ang maaaring maging pangunahing tax filer.

Magpa-file ba ng buwis ang taong ito para sa taon ng **benepisyo**? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** paano siya magpa-file?
☐ Pinuno ng sambahayan ☐ Walang asawa ☐ Dependent
☐ Kasal na magpa-file kasama ng asawa
☐ Kasal na magpa-file nang hiwalay sa asawa

May sinuman bang umaangkin sa taong ito bilang dependiyente nila sa kanilang buwis? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** sino?
☐ Tao # _____ sa aplikasyong ito
☐ Ang taong ito ay isang magulang na walang custody sa kanyang anak
☐ Ang taong ito ay isang magulang na walang custody sa kanyang anak na hindi nakalista sa aplikasyong ito

Ang Tao 3 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan mo ng Tulong?

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

Hakbang 2: Tao 3 *(ipinagpatuloy)*

May iba bang segurong pangkalusugan (health insurance) ang taong ito o inalok ba ang taong ito ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng trabaho? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** kumpletuhin ang Attachment B sa mga pahina 22 at 23.

May kapansanan ba ang taong ito sa katawan, kaisipan, emosyonal o sa paglaki? ☐ Oo ☐ Hindi *Tingnan ang FAQ #27 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng pagkakaroon ng kapansanan.*

Kailangan ba ng taong ito ang tulong sa pangmatagalang pangangalaga o mga serbisyong nakabase sa tahanan o komunidad? ☐ Oo ☐ Hindi

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 E sa pahina 27. para sa 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

Tumatanggap ba ang taong ito ng mga benepisyo ng Medicare? ☐ Oo ☐ Hindi

Nagkaroon ba ang taong ito ng medikal na gastos sa nakaraang 3 buwan na nangangailangan siya ng tulong upang mabayaran? ☐ Oo ☐ Hindi

Nakatira ba ang taong ito na kasama ng sinumang anak na wala pang 19 taong gulang? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ang taong ito ba ang pangunahing tao na nag-aalaga sa bata o mga bata? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito ba ay 18 hanggang 20 taong gulang at isang full-time na mag-aaral? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito ba ay 18 hanggang 26 taong gulang? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ang taong ito ba ay nasa loob ng isang foster care sa alinmang estado sa iyong ika-18 taong kaarawan? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito ba ay 18 taong gulang o mas bata pa? ☐ Oo ☐ Hindi Ilang mga mga magulang ang nakatira sa taong ito? _____

Pansamantala bang naninirahan sa labas ng estado ang taong ito? ☐ Oo ☐ Hindi

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 mga pahinang 20 at 21.

Ang Tao 3 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

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

Hakbang 2: Tao 3 *(ipinagpatuloy)*

Sabihin sa amin ang tungkol sa kasalukuyang trabaho ng taong ito at kung papaano siya tumatanggap ng pera *Maglakip ng dagdag na pahina kung kailangan mo ng karagdagang puwang.*

Nagtatrabaho ba ngayon ang taong ito? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung hindi,*** pumunta sa ibang kita sa pahinang ito

▶ Nagtatrabaho ba ngayon ang taong ito? *Kung siya ay may dagdag pang mga trabaho, maglakip ng isa pang pahina ng papel.*

TRABAHO 1: Paano binabayaran ang taong ito?	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*
Pangalan ng tagapag-empleyo *(opsiyonal)*	Magkano ang ibinabayad sa kanyang suweldo (bago kinakaltasan ng buwis)? **$**_____
TRABAHO 2: Paano binabayaran ang taong ito?	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*
Pangalan ng tagapag-empleyo *(opsiyonal)*	Magkano ang ibinabayad sa kanyang suweldo (bago kinakaltasan ng buwis)? **$**_____

▶ Ang taong ito ba ay may sariling negosyo (self-employed)?

TRABAHO 1: Ang taong ito ba ay may sariling negosyo (self-employed)?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa iba pang kita sa pahinang ito.

Uri ng trabaho	Magkano *ang net na* kita na makukuha ng taong ito mula sa sariling negosyo (self-employment) ngayong buwan? **$**_____ *Ang net na* kita ay nangangahulugang natitirang kita pagkatapos n*a binayaran ang mga gastos. Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista sa kung ano ang maaaring kuwentahin*

TRABAHO 2: Ang taong ito ba ay may sariling negosyo (self-employed)?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa iba pang kita sa pahinang ito.

Uri ng trabaho	Magkano *ang net na* kita na makukuha ng taong ito mula sa sariling negosyo (self-employment) ngayong buwan? **$**_____ *Ang net na* kita ay nangangahulugang natitirang kita pagkatapos n*a binayaran ang mga gastos. Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista sa kung ano ang maaaring kuwentahin*

▶ May iba pa bang kita ang taong ito? *Ang ibang kita ay pera na natatanggap mo mula sa ibang pinagmulan maliban sa iyong trabaho. Huwag isama ang mga bayad para sa suporta sa bata (child support), bayad sa beterano, o Supplemental Security Income (SSI). Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista ng mga halimbawa ng iba pang kita.*

May iba pa bang kita ang taong ito? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa pagbabago sa kita sa pahinang ito.

Saan nanggagaling ang kitang ito?	**Gaano kadalas binabayaran ang taong ito?** *(maglagay ng tsek sa isa)*	**Magkano?**
	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**
	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**

▶ May pagbabago sa kita ba ang taong ito buwan-buwan? *Kung nagbabago ito, sagutin ang dalawang Tanong sa ibaba.*

Ano ang inaasahan ng taong ito na kanyang kabuuang kita sa taong **ito**? *(opsiyonal)* **$** _____	Kung inaasahan mong magbabago ang kita ng taong ito sa **susunod** na taon, ano ang magiging bagong kabuuang kita niya? *(opsiyonal)* **$**_____

▶ May mga kinakaltas (deduction) ba ang taong ito? *Kung magbabayad ka para sa mga partikular na bagay na maaaring maikakaltas sa federal income tax return, ang pagsasabi sa amin tungkol dito ay maaaring magpababa sa gastos ng segurong pangkalusugan (health insurance). Huwag isama ang mga gastos sa sariling negosyo (self-employment). Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista ng mga halimbawa ng mga pagkakaltas (deduction).*

May mga kinakaltas (deduction) ba ang taong ito? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa susunod na pahina.

Uri ng pagkakaltas (deduction)	**Gaano kadalas nakakatanggap o nagbabayad ang taong ito para sa pagkakaltas (deduction) na ito?** *(maglagay ng tsek sa isa)*	**Magkano?**
☐ Binayarang alimony ☐ Interes sa student loan ☐ Iba pa	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**
☐ Binayarang alimony ☐ Interes sa student loan ☐ Iba pa	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**

Kailangan mo ng Tulong?

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

Hakbang 2: **Tao 4** *Sabihin sa amin ang tungkol sa **susunod na taong** nakatira sa iyong tahanan.*

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

☐ 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 wala 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 or 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?

Ang taong ito ba ay: ☐ Lalaki ☐ Babae

Ang taong ito ba ay: ☐ Walang asawa ☐ Hindi kailanman nakasal ☐ Kasal ☐ Diborsiyado ☐ Nakarehistrong domestic partner ☐ Biyudo/Biyuda

Petsa ng kapanganakan *(buwan / araw / taon)*

Buntis ba ang taong ito? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** ilang mga sanggol ang iyong inaasahan?_____
Ano ang inaasahang petsa ng panganganak?_____

Pag-aapply para sa segurong pangkalusugan (health insurance) *Kahit na may seguro pa ngayon ang taong ito, 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,*** Opsiyonal ang impormasyon sa SSN.

★ 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

Impormasyon sa pampederal na buwis *Kung hindi magpa-file ng buwis ang taong ito, maaari pa rin siyang maging kuwalipikado para sa libre o mababang-halagang seguro sa pamamagitan ng Medi-Cal. Papanatilihin naming pribado ang impormasyon at gagamitin lang namin ito upang magpasya kung kuwalipikado ang tao para sa segurong pangkalusugan.*

Ang taong ito ba ay ang pangunahing tax filer (ang kanyang pangalan ang nangunguna sa tax return)? ☐ Oo ☐ Hindi
Isang tao lang sa aplikasyong ito ang maaaring maging pangunahing tax filer.

Magpa-file ba ng buwis ang taong ito para sa taon ng **benepisyo**? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** paano siya magpa-file?
☐ Pinuno ng sambahayan ☐ Walang asawa ☐ Dependent
☐ Kasal na magpa-file kasama ng asawa
☐ Kasal na magpa-file nang hiwalay sa asawa

May sinuman bang umaangkin sa taong ito bilang dependiyente nila sa kanilang buwis? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** sino?
☐ Tao # _____ sa aplikasyong ito
☐ Ang taong ito ay isang magulang na walang custody sa kanyang anak
☐ Ang taong ito ay isang magulang na walang custody sa kanyang anak na hindi nakalista sa aplikasyong ito

Ang Tao 4 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan mo ng Tulong?

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

Hakbang 2: Tao 4 *(ipinagpatuloy)*

May iba bang segurong pangkalusugan (health insurance) ang taong ito o inalok ba ang taong ito ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng trabaho? ☐ Oo ☐ Hindi ***Kung oo,*** kumpletuhin ang Attachment B sa mga pahina 22 at 23.

May kapansanan ba ang taong ito sa katawan, kaisipan, emosyonal o sa paglaki? ☐ Oo ☐ Hindi *Tingnan ang FAQ #27 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang ibig sabihin ng pagkakaroon ng kapansanan.*

Kailangan ba ng taong ito ang tulong sa pangmatagalang pangangalaga o mga serbisyong nakabase sa tahanan o komunidad? ☐ Oo ☐ Hindi

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 E sa pahina 27. para sa 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

Tumatanggap ba ang taong ito ng mga benepisyo ng Medicare? ☐ Oo ☐ Hindi

Nagkaroon ba ang taong ito ng medikal na gastos sa nakaraang 3 buwan na nangangailangan siya ng tulong upang mabayaran? ☐ Oo ☐ Hindi

Nakatira ba ang taong ito na kasama ng sinumang anak na wala pang 19 taong gulang? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ang taong ito ba ang pangunahing tao na nag-aalaga sa bata o mga bata? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito ba ay 18 hanggang 20 taong gulang at isang full-time na mag-aaral? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito ba ay 18 hanggang 26 taong gulang? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ang taong ito ba ay nasa loob ng isang foster care sa alinmang estado sa iyong ika-18 taong kaarawan? ☐ Oo ☐ Hindi

Ang taong ito ba ay 18 taong gulang o mas bata pa? ☐ Oo ☐ Hindi Ilang mga mga magulang ang nakatira sa taong ito? _____

Pansamantala bang naninirahan sa labas ng estado ang taong ito? ☐ Oo ☐ Hindi

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 mga pahinang 20 at 21.

Ang Tao 4 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

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

Hakbang 2: Tao 4 *(ipinagpatuloy)*

Sabihin sa amin ang tungkol sa kasalukuyang trabaho ng taong ito at kung papaano siya tumatanggap ng pera *Maglakip ng dagdag na pahina kung kailangan mo ng karagdagang puwang.*

Nagtatrabaho ba ngayon ang taong ito? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung hindi,*** pumunta sa ibang kita sa pahinang ito

▶ Nagtatrabaho ba ngayon ang taong ito? *Kung siya ay may dagdag pang mga trabaho, maglakip ng isa pang pahina ng papel.*

TRABAHO 1: Paano binabayaran ang taong ito?	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*
Pangalan ng tagapag-empleyo *(opsiyonal)*	Magkano ang ibinabayad sa kanyang suweldo (bago kinakaltasan ng buwis)? **$**_____
TRABAHO 2: Paano binabayaran ang taong ito?	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo? _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*
Pangalan ng tagapag-empleyo *(opsiyonal)*	Magkano ang ibinabayad sa kanyang suweldo (bago kinakaltasan ng buwis)? **$**_____

▶ Ang taong ito ba ay may sariling negosyo (self-employed)?

TRABAHO 1: Ang taong ito ba ay may sariling negosyo (self-employed)?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa iba pang kita sa pahinang ito.

Uri ng trabaho	Magkano *ang net na* kita na makukuha ng taong ito mula sa sariling negosyo (self-employment) ngayong buwan? **$**_____ *Ang net na* kita ay nangangahulugang natitirang kita pagkatapos n*a binayaran ang mga gastos. Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista sa kung ano ang maaaring kuwentahin*

TRABAHO 2: Ang taong ito ba ay may sariling negosyo (self-employed)?
☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa iba pang kita sa pahinang ito.

Uri ng trabaho	Magkano *ang net na* kita na makukuha ng taong ito mula sa sariling negosyo (self-employment) ngayong buwan? **$**_____ *Ang net na* kita ay nangangahulugang natitirang kita pagkatapos n*a binayaran ang mga gastos. Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista sa kung ano ang maaaring kuwentahin*

▶ May iba pa bang kita ang taong ito? *Ang ibang kita ay pera na natatanggap mo mula sa ibang pinagmulan maliban sa iyong trabaho. Huwag isama ang mga bayad para sa suporta sa bata (child support), bayad sa beterano, o Supplemental Security Income (SSI). Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista ng mga halimbawa ng iba pang kita.*

May iba pa bang kita ang taong ito? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa pagbabago sa kita sa pahinang ito.

Saan nanggagaling ang kitang ito?	**Gaano kadalas binabayaran ang taong ito?** *(maglagay ng tsek sa isa)*	**Magkano?**
	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**
	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**

▶ May pagbabago sa kita ba ang taong ito buwan-buwan? *Kung nagbabago ito, sagutin ang dalawang Tanong sa ibaba.*

Ano ang inaasahan ng taong ito na kanyang kabuuang kita sa taong **ito**? *(opsiyonal)* **$** _____	Kung inaasahan mong magbabago ang kita ng taong ito sa **susunod** na taon, ano ang magiging bagong kabuuang kita niya? *(opsiyonal)* **$**_____

▶ May mga kinakaltas (deduction) ba ang taong ito? *Kung magbabayad ka para sa mga partikular na bagay na maaaring maikakaltas sa federal income tax return, ang pagsasabi sa amin tungkol dito ay maaaring magpababa sa gastos ng segurong pangkalusugan (health insurance). Huwag isama ang mga gastos sa sariling negosyo (self-employment). Ang Attachment E sa pahina 27 ay naglilista ng mga halimbawa ng mga pagkakaltas (deduction).*

May mga kinakaltas (deduction) ba ang taong ito? ☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong sa ibaba. ☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa susunod na pahina.

Uri ng pagkakaltas (deduction)	**Gaano kadalas nakakatanggap o nagbabayad ang taong ito para sa pagkakaltas (deduction) na ito?** *(maglagay ng tsek sa isa)*	**Magkano?**
☐ Binayarang alimony ☐ Interes sa student loan ☐ Iba pa	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**
☐ Binayarang alimony ☐ Interes sa student loan ☐ Iba pa	☐ Bawat oras: Ilang oras bawat linggo? _____ ☐ Pang-araw-araw: Ilang araw bawat linggo?_____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Dalawang beses sa isang buwan ☐ Buwanan ☐ Bawat tatlong buwan ☐ Bawat anim na buwan ☐ Taunan ☐ Isang-beses na pagbabayad *(Tingnan ang FAQ #33 sa pahina 33.)*	**$**

Kailangan mo ng Tulong?

Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumuwag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., at sa Sabado, 8 a.m. hanggang 6 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 tao 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 o para sa mga benepisyo na sa pamamagitan ng Department of Health Care Services (DHCS, Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan). Ang personal at medikal na impormasyon na iyong ibinibigay dito ay pribado at kompidensiyal. Kailangan ito ng Covered California o ng DHCS 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 plano sa kalusugan, 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, o maaaring tanggihan ang iyong aplikasyon para sa mga benepisyo.
- 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
Atensiyon: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

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

Para sa **Department of Health Care Services** (Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan), kontakin ang Information Protection Unit (Yunit sa Pagprotekta ng Impormasyon) sa:

P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA
95899-7413

Telepono: **1-866-866-0602**
TTY: 1-877-735-2929

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

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

DHCS: CA Welfare and Institutions (Kapakanan at Mga Institusyon ng CA). Code § 14011 at Artikulo 3, Mga Kabanata 5 at 7, Mga Bahagi 2 at 3, Dibisyon 9

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 Tingnan ang DHCS's Notice of Privacy Practices (Abiso para sa mga Gawi sa Pagkapribado) sa dhcs.ca.gov.

***Ang Tao 3** ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan mo ng Tulong?

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

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.
- Naiintindihan ko na pananatilihin ng Covered California at Medi-Cal 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 at programang Medi-Cal, maaari kong makontak ang Opisyal sa Pagkapribado sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).
- Naiintindihan ko na upang maging karapat-dapat para sa Medi-Cal, kailangan kong mag-apply para sa ibang kita o mga benepisyo na may karapatan ako o sinumang miyembro ng aking sambahayan, maliban na lang kung siya ay may magandang dahilan upang hindi gawin ito. Ang mga halimbawa ng ganoong kita o mga benepisyo ay mga pensyon, mga benepisyo ng pamahalaan, kita sa pagreretiro, mga benepisyo ng beterano, mga annuity, mga benepisyo sa kapansanan, mga Social Security na benepisyo (na tinatawag rin na OASDI o Old Age, Survivors, and Disability Insurance), at mga benepisyo sa pagkawala ng trabaho. Pero hindi kabilang sa ganoong kita o mga benepisyo ang mga benepisyo na pampublikong tulong (public assistance benefit), katulad ng CalWORKs o CalFresh. Kung may Tanong ako tungkol sa isang posibleng pinagmumulan ng kita, maaari kong tawagan ang Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500) para sa tulong.
- Alam ko na kailangan kong sabihin sa Covered California o sa welfare office ng aking county 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**. O maaari kong tawagan ang tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng aking county (county social services office).
- 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 **oag.ca.gov/contact/general-comment-question-or-complaint-form**. Kung naniniwala ako na nagkaroon ng diskriminasyon ang Covered California laban sa akin o sinumang iba pa sa aplikasyong ito na may kaugnayan sa isang pagpapasya ng pagkamarapat para sa Medi-Cal, maaari rin akong mag-file ng reklamo sa Tanggapan ng Karapatang Sibil (Office of Civil Rights) ng Department of Health Care Services (DHCS, Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan) sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-916-440-7370** (TTY: 1-916-440-7399).
- 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.
- Maliban sa mga layunin ng pag-aapply para sa Medi-Cal, 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 dahil maaari itong maka-apekto sa halaga ng tulong sa premyum (o mga tax credit) na maaaring karapat-dapat kong matanggap. Naiintindihan ko rin na kung makakatanggap ako ng sobrang daming tulong sa premyum (o mga tax credit) sa panahon ng taong ng benepisyo, kailangan kong pagbayaran ang labis na tulong sa premyum pabalik sa IRS sa panahong magpa-file ako sa aking federal income tax para sa taon ng benepisyo.
- 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, impormasyon sa buwis, 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.

Kung may sinuman sa aplikasyon na kuwalipikado para sa Medi-Cal:

- Alam ko na kung magbabayad ang Medi-Cal para sa isang medikal na gastos, ang anumang pera na makukuha ko o ng sinuman sa aplikasyong ito mula sa ibang segurong pangkalusugan o mga legal na pagkakasundo (legal settlement) na kaugnay sa gastos na iyon ay mapupunta sa Medi-Cal bilang bayad sa gastos hanggang sa ang gastos ay mababayaran nang buo.

Para sa mga magulang na kuwalipikado ang anak o mga anak para sa Medi-Cal:

- Alam ko na hihilingin sa aking tumulong sa ahensiya na nangongolekta ng medikal na suporta mula sa sinumang magulang sa aplikasyong ito na hindi nakatira kasama ng bata o hindi nagpapadala ng suporta para sa bata. Kung sa tingin ko na ang pagtutulong ay makakapinsala sa akin o sa aking mga anak, maaari kong sabihin ito sa programang Medi-Cal at hindi ko kailangang tumulong.

Ang iyong mga karapatan at mga responsibilidad *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan mo ng Tulong?

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

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

Ang iyong mga karapatan at mga responsibilidad *(ipinagpatuloy)*

Ang iyong karapatan upang mag-apela:

- Kung sa tingin ko na nagkamali ang Covered California o ang programang Medi-Cal, maaari akong i-apela ang kanilang desisyon. Ang pag-apela ay nangangahulugang pagsasabi sa isang tao sa Covered California o sa programang Medi-Cal na sa tingin mo mali ang kanilang desisyon at paghihiling ng patas na pagrerepaso ng kanilang aksiyon.
- Alam kong malalalaman ko kung paano mag-apela 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 araw ng desisyon.
- 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 kung kailangan ko ng tulong, may isang taong sa Covered California, sa programang Medi-Cal, o tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county (county social services office) na makakapagpaliwanag sa aking kaso sa akin.

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 IRS, upang suriin ang aking kita. 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.

Naiintindihan ko na kung pinili kong hindi pahintulutan ang Covered California na gamitin ang mga pinagkukunan sa kompyuter (computer sources), kailangan kong kumpletuhin ang isang packet sa pag-renew bawat 12 buwan upang magpatuloy ang aking segurong pangkalusugan.

Sumasang-ayon akong pahintulutan ang Covered California o ang programang Medi-Cal upang suriin ang aking impormasyon para sa:

☐ 5 taon ☐ 4 taon ☐ 3 taon ☐ 2 taon ☐ 1 taon

O

☐ Hindi ko gustong suriin ng Covered California ang aking mga tax return sa panahon ng pag-renew.

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. 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 D, at kung napagpasyahan ng Covered California na karapat-dapat akong ipatala sa planong pinili ko sa Attachment D:
  - 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
▶	

***Ang Hakbang 3** ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan mo ng Tulong?

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

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

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, ang 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.

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 at sambahayan, kahit na hindi nila kailangan ang seguro? Tingnan ang pahina 3 para sa listahan ng kung sino ang isasama.
- Tanungin ang iyong tagapag-empleyo tungkol sa anumang segurong kaugnay sa trabaho na maaaring kuwalipikado ka?
- **Pirmahan** ang aplikasyong ito sa **pahina 17**? Kung pumili ka ng isang awtorisadong kinatawan, pirmahan rin ang pahina 15.

Ilan pang mga Tanong *(opsiyonal)*

1. **Gusto mo bang isaalang-alang para sa lahat ng mga programang Medi-Cal?** ☐ Oo ☐ Hindi
   May iba pang mga programang Medi-Cal para sa mga taong 65 taong gulang o higit pa, mga taong may kapansanan, o mga taong may espesyal na pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan.

   Kung naglagay ka ng tsek sa oo, kokontakin ka namin upang makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong pag-aari at mga propyedad.

2. **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)
   ☐ Pagkawala ng segurong pangkalusugan
   ☐ Nagkaroon ng dependiyente (sa pamamagitan ng panganganak, kasal, o pag-ampon)
   ☐ Iba pa
   ☐ Hindi na nabibilanggo
   ☐ Bagong naging karapat-dapat para sa tulong sa premyum
   ☐ Pag-aapply para sa Medi-Cal
   ☐ American Indian o Katutubo ng Alaska

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

Ang Hakbang 4 *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Kailangan mo ng Tulong?

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

Hakbang 4: Impormasyon as pagpapadala sa koreo at checklist *(ipinagpatuloy)*

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

Kailangan mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa ibang mga programa?

Simula sa Enero 1, 2014, ikaw o ang iyong sambahayan ba ay gustong magbahagi sa impormasyon na kakabigay mo pa lang sa isang pagsangguni (referral) sa iyong lokal na Health and Human Services Agency (Ahensiya sa Kalusugan at mga Serbisyo sa Tao) para sa ibang mga programa? 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.

Upang mag-apply para sa tulong sa nutrisyon at salapi bago ang Enero 1, 2014, bumisita sa **benefitscal.org**. O upang mag-apply nang personal, tumawag sa **1-877-847-3663** para sa listahan ng mga lugar na malapit sa kung saan ka nakatira o nagtatrabaho.

Para sa mga benepisyo pagkatapos ng Enero 1, 2014, lagyan ng tsek kung aling programa ang gusto mong magkaroon ng pagsangguni (referral):

- ☐ **CalFresh** *Isang programa na tumutulong sa mga taong magbayad para sa pagkain. Ang mga benepisyo ay niri-renew buwan-buwan sa isang debit card na maaaring gamitin upang bilhin ang karamihan sa mga pagkain sa maraming mga merkado at tindahan. Kilala rin bilang Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Bumisita sa* ***www.calfresh.ca.gov*** *para sa karagdagang impormasyon.*
- ☐ **CalWORKs** *Isang programa na nagbibigay ng tulong na salapi at mga serbisyong pansuporta sa mga pamilyang mababa ang kita na may mga anak upang tumulong na magbayad para sa pabahay, pagkain, at iba pang mga kinakailangang gastusin.*

Maaari mo ring mahanap ang karagdagan impormasyon tungkol sa mga programang ito online:

Access for Infants and Mothers (AIM)
Isang programa na tumutulong sa mga buntis na babae na makakuha ng pangangalaga sa kalusugan
aim.ca.gov

Child Health and Disability Prevention (CHDP)
Isang panghadlang na programa na naghahatid ng pana-panahong mga pagtatasa sa kalusugan at mga serbisyo sa mga batang anak ng mga taong mababa ang kita
www.dhcs.ca.gov/services/chdp

Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT)
Isang programang Medi-Cal para sa mga bata at mga kabataang nasa wastong gulang na wala pang 21 taong gulang – nagpapahintulot ito ng mga regular na checkup upang matukoy ang mga pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan, kasunod ng diyagnosis at paggamot kung kinakailanga
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/EPSDT.aspx

Family Planning, Access, Care, Treatment (Family PACT)
Isang programa na nagbibigay ng walang bayad na mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya sa mga kalalakihan at kababaihang mababa ang kita, kabilang na ang mga tinedyer
familypact.org

In-Home Supportive Services Program (IHSS)
Isang programa na tutulong sa pagbayad para sa mga serbisyong ibinigay sa iyo upang ligtas kang manatili sa iyong sariling tahanan
www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/pg1296.htm

Women, Infants, and Children (WIC)
Isang programa sa nutrisyon para sa mga buntis na babae, mga bagong ina, at mga batang wala pang 5 taong gulang
www.wicTrabahos.ca.gov

Kailangan mo ng Tulong?

Tumawag sa Covered California sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500). Walang bayad ang tawag na ito. Maaari kang tumuwag Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., at sa Sabado, 8 a.m. hanggang 6 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 sa tingin mo kuwalipikado ka para sa Medi-Cal, hindi mo kailangang magpadal ng katibayan. Tingnan ang Attachment F upang malaman kung kuwalipikado ka para sa Medi-Cal.

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:* _____

Nakatanggap ba ang taong ito kailanman ng serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o isang programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod o sa pamamagitan ng isang pagsangguni (referral) mula sa isa sa mga programang ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung hindi, karapat-dapat ba ang taong ito upang makakuha ng serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o isang programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod o sa pamamagitan ng isang pagsangguni (referral) mula sa isa sa mga programang ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Tumatanggap ba ang taong ito ng kita mula sa anumang pinagmumulan sa ibaba? ☐ Oo ***Kung oo,*** isulat ang halaga at kadalasan sa ibaba.
☐ Hindi ***Kung hindi,*** ipagpatuloy ang aplikasyon.

- Mga kabayaran sa tribu na galing sa mga likas na kayamanan, mga karapatan sa paggamit, mga lease, o mga royalty
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____
- Mga kabayaran mula sa mga lease o mga royalty, para sa paggamit ng Indian trust land para sa mga likas na kayamanan, pagsasaka, pagrarancho, o pangingisda
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____
- Pera mula sa pagbebenta ng mga bagay na may kultural na halaga
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____

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:* _____

Nakatanggap ba ang taong ito kailanman ng serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o isang programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod o sa pamamagitan ng isang pagsangguni (referral) mula sa isa sa mga programang ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung hindi, karapat-dapat ba ang taong ito upang makakuha ng serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o isang programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod o sa pamamagitan ng isang pagsangguni (referral) mula sa isa sa mga programang ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Tumatanggap ba ang taong ito ng kita mula sa anumang pinagmumulan sa ibaba?
☐ Oo ***Kung oo,*** isulat ang halaga at kadalasan sa ibaba.
☐ Hindi ***Kung hindi,*** ipagpatuloy ang aplikasyon.

- Mga kabayaran sa tribu na galing sa mga likas na kayamanan, mga karapatan sa paggamit, mga lease, o mga royalty
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____
- Mga kabayaran mula sa mga lease o mga royalty, para sa paggamit ng Indian trust land para sa mga likas na kayamanan, pagsasaka, pagrarancho, o pangingisda
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____
- Pera mula sa pagbebenta ng mga bagay na may kultural na halaga
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____

Kailangan mo ng Tulong?

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

Attachment A: Para sa mga American Indian o Katutubo ng Alaska *(ipinagpatuloy)*

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:* _____

Nakatanggap ba ang taong ito kailanman ng serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o isang programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod o sa pamamagitan ng isang pagsangguni (referral) mula sa isa sa mga programang ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung hindi, karapat-dapat ba ang taong ito upang makakuha ng serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o isang programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod o sa pamamagitan ng isang pagsangguni (referral) mula sa isa sa mga programang ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Tumatanggap ba ang taong ito ng kita mula sa anumang pinagmumulan sa ibaba? ☐ Oo ***Kung oo,*** isulat ang halaga at kadalasan sa ibaba.
☐ Hindi ***Kung hindi,*** ipagpatuloy ang aplikasyon.

- Mga kabayaran sa tribu na galing sa mga likas na kayamanan, mga karapatan sa paggamit, mga lease, o mga royalty
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____
- Mga kabayaran mula sa mga lease o mga royalty, para sa paggamit ng Indian trust land para sa mga likas na kayamanan, pagsasaka, pagrarancho, o pangingisda
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____
- Pera mula sa pagbebenta ng mga bagay na may kultural na halaga
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____

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:* _____

Nakatanggap ba ang taong ito kailanman ng serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o isang programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod o sa pamamagitan ng isang pagsangguni (referral) mula sa isa sa mga programang ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung hindi, karapat-dapat ba ang taong ito upang makakuha ng serbisyo mula sa Indian Health Services (Mga Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, o isang programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod o sa pamamagitan ng isang pagsangguni (referral) mula sa isa sa mga programang ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Tumatanggap ba ang taong ito ng kita mula sa anumang pinagmumulan sa ibaba? ☐ Oo ***Kung oo,*** isulat ang halaga at kadalasan sa ibaba.
☐ Hindi ***Kung hindi,*** ipagpatuloy ang aplikasyon.

- Mga kabayaran sa tribu na galing sa mga likas na kayamanan, mga karapatan sa paggamit, mga lease, o mga royalty
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____
- Mga kabayaran mula sa mga lease o mga royalty, para sa paggamit ng Indian trust land para sa mga likas na kayamanan, pagsasaka, pagrarancho, o pangingisda
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____
- Pera mula sa pagbebenta ng mga bagay na may kultural na halaga
  Halaga **$** _____ ☐ Lingguhan ☐ Bawat dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Iba pa _____

Attachment B: Sabihin sa amin ang tungkol sa segurong pangkalusugan (health insurance) ng iyong pamilya

★ Kung kailangan mong sabihin sa amin ang tungkol sa higit sa apat na taong may ibang segurong pangkalusugan, **gumawa ng kopya ng pahinang ito**, at siguraduhing ipadala ito kasama ng iyong aplikasyon.

Sabihin sa amin ang tungkol sa segurong pangkalusugan na mayroon ka ngayon

Sagutin ang mga Tanong na ito para sa lahat ng taong nangangailangan ng tulong sa pagbabayad ng segurong pangkalusugan.

Kailangan naming malaman kung sinuman na nag-aapply para segurong pangkalusugan ay may pagsasaklaw ngayon. Hindi mo kailangang sabihin sa amin ang tungkol sa pagsasaklaw na hindi itinuturing na pinakamaliit na kinakailangang pagsasaklaw (minimum essential coverage). Ang mga halimbawa ng mga uri ng mga plano na hindi mo kailangang sabihin sa amin ay ang: Indian Health Service (Serbisyo sa Kalusugan para sa mga Indian), pantribung programang pangkalusugan, programang pangkalusugan para sa mga Indian na nakatira sa mga lungsod, mga flex savings plan, mga health savings account, o segurong makukuha sa ibang bansa.

Kailangan naming malaman kung sinuman ay may alinman sa sumusunod na mga segurong pangkalusugan ngayon: COBRA, segurong iniisponsor ng tagapag-empleyo, Peace Corps, plano sa kalusugan ng retirado, TRICARE/CHAMPUS, programang pangkalusugan ng beterano, o iba pang segurong pangkalusugan. May sinuman bang may alinman sa mga segurong ito?

☐ Oo ***Kung oo,*** kumpletuhin ang pahinang ito. Kung kailangan mo ang dagdag na puwang, maglakip ng isa pang pahina ng papel.
☐ Hindi ***Kung wala,*** pumunta sa pahina 23.

Tandaan: Kung may pribadong segurong pangkalusugan ka na binili mo nang sarili, lagyan ng tsek ang kahon para sa "Ibang segurong pangkalusugan" sa ilalim ng "Anong uri?" sa talaan sa ibaba.

Pangalan *Una, gitna, apelyido, suffix (halimbawa, Jr., Sr., III, IV)*	**Anong uri?** *(pumili ng isa)*	
Tao 1: _____ Inalok na ba ang taong ito ng abot-kayang buong pagsasaklaw na segurong pangkalusugan para sa Enero 2014? ☐ Oo ☐ Hindi	☐ COBRA ☐ Segurong iniisponsor ng tagapagempleyo ☐ Peace Corps ☐ Ibang segurong pangkalusugan	☐ Programang pangkalusugan ng beterano ☐ Plano sa kalusugan ng retirado ☐ TRICARE/CHAMPUS
Tao 2: _____ Inalok na ba ang taong ito ng abot-kayang buong pagsasaklaw na segurong pangkalusugan para sa Enero 2014? ☐ Oo ☐ Hindi	☐ COBRA ☐ Segurong iniisponsor ng tagapagempleyo ☐ Peace Corps ☐ Ibang segurong pangkalusugan	☐ Programang pangkalusugan ng beterano ☐ Plano sa kalusugan ng retirado ☐ TRICARE/CHAMPUS
Tao 3: _____ Inalok na ba ang taong ito ng abot-kayang buong pagsasaklaw na segurong pangkalusugan para sa Enero 2014? ☐ Oo ☐ Hindi	☐ COBRA ☐ Segurong iniisponsor ng tagapagempleyo ☐ Peace Corps ☐ Ibang segurong pangkalusugan	☐ Programang pangkalusugan ng beterano ☐ Plano sa kalusugan ng retirado ☐ TRICARE/CHAMPUS
Tao 4: _____ Inalok na ba ang taong ito ng abot-kayang buong pagsasaklaw na segurong pangkalusugan para sa Enero 2014? ☐ Oo ☐ Hindi	☐ COBRA ☐ Segurong iniisponsor ng tagapagempleyo ☐ Peace Corps ☐ Ibang segurong pangkalusugan	☐ Programang pangkalusugan ng beterano ☐ Plano sa kalusugan ng retirado ☐ TRICARE/CHAMPUS

Ang Attachment B *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

Attachment B: Sabihin sa amin ang tungkol sa segurong pangkalusugan (health insurance) ng iyong pamilya *(ipinagpatuloy)*

Segurong pangkalusugan ng tagapag-empleyo *Sagutin ang mga Tanong na ito para sa lahat ng taong nangangailangan ng tulong sa pagbabayad ng segurong pangkalusugan.*

★ Kailangan naming malaman ang tungkol sa anumang segurong pangkalusugan na maaari mong makuha sa pamamagitan ng trabaho ng isang tao. Maaari mong gamitin ang Attachment C, Employer Insurance Form (Pormularyo sa Seguro ng Tagapag-empleyo) sa pahina 24 upang tulungan kang kumpletuhin ang seksiyong ito. Sagutin ang mga Tanong na ito o gamitin **lang** ang Attachment C kung may sinuman sa sambahayan na kuwalipikado para sa segurong pangkalusugan na mula sa trabaho ng isang tao.

May sinuman ba sa aplikasyong ito ang inalok ng segurong pangkalusugan ng isang tagapag-empleyo?
Maaari itong trabaho ng ibang tao, katulad ng trabaho ng magulang o ng asawa. Maaari ring kabibilangan nito ang COBRA, TRICARE, pederal o pang-estadong tagapag-empleyo, pribadong tagapag-empleyo, o mga plano ng Peace Corps. Maaaring may dagdag na segurong pangkalusugan ka na ***hindi*** *mo kailangang iulat sa amin. Ang sumusunod ay mga* ***halimbawa*** *ng dagdag na pagsasaklaw (na hindi itinuturing na pinakamaliit na kinakailangang pagsasaklaw (minimum essential coverage)) na hindi mo kailangang sabihin sa amin: mga flex savings plan, mga health savings account, seguro sa kapansanan, o segurong makukuha sa ibang bansa.*

☐ Oo ***Kung oo,*** sagutin ang mga Tanong na ito. Kung kailangan mo ang dagdag na puwang, maglakip ng isa pang pahina ng papel.

☐ Hindi ***Kung hindi,*** bumalik sa aplikasyon upang magpatuloy.

Pangalan *Una, gitna, apelyido, suffix (halimbawa, Jr., Sr., III, IV)*	**Pangalan ng tagapag-empleyo** *(opsiyonal)*	**Ang taong ito:**	**Magkano ang ibinabayad ng taong ito sa mga buwanang premyum?**	**Natutugunan ba ng plano sa kalusugang ito ang *pamantayang pinakamaliit na halaga* (minimum value standard)*?**
Tao 1:		☐ Ay nakatala ngayon ☐ Nagpaplanong magpatala *Petsa ng pagsisimula*_____ ☐ Hindi nakatala	**$**	☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi ko alam
Tao 2:		☐ Ay nakatala ngayon ☐ Nagpaplanong magpatala *Petsa ng pagsisimula*_____ ☐ Hindi nakatala	**$**	☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi ko alam
Tao 3:		☐ Ay nakatala ngayon ☐ Nagpaplanong magpatala *Petsa ng pagsisimula*_____ ☐ Hindi nakatala	**$**	☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi ko alam
Tao 4:		☐ Ay nakatala ngayon ☐ Nagpaplanong magpatala *Petsa ng pagsisimula*_____ ☐ Hindi nakatala	**$**	☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi ko alam

Anong pagbabago ang gagawin ng tagapag-empleyo para sa bagong taon ng plano (kung alam)?

☐ Hindi mag-aalok ang tagapag-empleyo ng pagsasaklaw sa kalusugan.

☐ Magsisimulang mag-aalok ang tagapag-empleyo ng pagsasaklaw sa kalusugan sa mga empleyado o baguhin ang premyum para sa pinakamurang plano na makukuha lamang ng empleyado na tumutugon sa **pamantayang pinakamaliit na halaga (minimum value standard). *** (Ang premyum ay dapat magsasalamin sa diskuwento para sa mga programa sa kabutihan ng kalusugan o wellness program.)

Magkano ang babayaran ng empleyado sa mga premyum para sa planong iyon? **$**_____

Gaano kadalas?

☐ Lingguhan ☐ Bawat 2 linggo ☐ Buwanan

☐ Dalawang beses sa isang buwan

☐ Bawat tatlong buwan ☐ Taunan

Petsa ng pagbabago _____

***Ang pamantayang pinakamaliit na halaga (minimum value standard)** ay nangangahulugan na ang plano ay magbabayad nang hindi kukulangin sa 60% ng kabuuang gastos ng mga benepisyo ng plano na ibinibigay sa empleyado. (Seksiyon 36B(c)(2)(C)(ii) ng Internal Revenue Code ng 1986)

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

Attachment C: Employer Insurance Form (Pormularyo sa Seguro ng Tagapag-empleyo)

COVERED CALIFORNIA

Kailangan lang ang pormularyong ito para sa mga taong kuwalipikado para sa segurong pangkalusugan (health insurance) sa pamamagitan ng trabaho. Hindi ito kinakailangan para sa ilang mga programa sa segurong pangkalusugan na inaalok sa pamamagitan ng Covered California, kabilang na ang Medi-Cal. Kung hindi ka sigurado kung gagamitin o hindi ang pormularyo na ito, tawagan ang Covered California upang magtanong: **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500). Kung sa tingin mo kuwalipikado ka para sa Medi-Cal, hindi mo kailangang kumpletuhin ang pormularyong ito. Upang malaman kung kuwalipikado ka para sa Medi-Cal o sa tulong sa premyum, tingnan ang Attachment F sa pahina 28.

Kung higit sa isang trabaho ang mag-aalok ng pagsasaklaw sa kalusugan, gumamit ng hiwalay na pormularyo para sa bawat tagapag-empleyo.

▶ Impormasyon ng empleyado *Kailangan mong kumpletuhin ang seksiyong ito.*

★ Punan ang iyong pangalan at Social Security number (SSN) (opsiyonal). Pagkatapos, gumawa ng kopya ng pahinang ito o dalhin ang iyong aplikasyon sa iyong tagapag-empleyo. Hilingin sa iyong tagapag-empleyo na kumpletuhin ang natitirang bahagi ng pahina. Kung kokopyahin mo ang pahina, siguraduhing ipadala ito kasama ng iyong aplikasyon.

Employee: Unang pangalan	Gitnang pangalan	Apelyido	Suffix	Social Security number (SSN) *(opsiyonal)*
				___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___

▶ Impormasyon ng tagapag-empleyo *Hilingin sa iyong tagapag-empleyo ang impormasyong ito.*

★ **Paalala para sa tagapag-empleyo:** Upang makumpleto ang aplikasyon sa Covered California, kailangan naming malaman ang tungkol sa segurong pangkalusugan na maaaring makuha ng iyong empleyado o kanilang mga dependiyente mula sa iyo. Mangyaring kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba, kahit na hindi nag-aalok ang iyong kompanya ng segurong pangkalusugan.

Pangalan ng tagapag-empleyo		Employer Identification Number (EIN, Numero ng Pagkakakilanlan ng Tagapag-empleyo) ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Adres ng tagapag-empleyo		Numero ng telepono ng tagapag-empleyo
Lungsod	Estado	ZIP code

Sino ang makokontak namin tungkol sa pagsasaklaw sa kalusugan ng empleyado sa trabahong ito?

Numero ng telepono	Email address

☐ Hindi kami nag-aalok ng segurong pangkalusugan. ☐ Hindi kuwalipikado ang empleyadong ito para sa pagsasaklaw sa ilalim ng aming plano.

☐ Kuwalipikado ang empleyadong ito para sa pagsasaklaw sa ilalim ng aming plano simula sa _____ *(petsa ng pagsisimula)*.

Ano ang pangalan ng pinakamura at pansarili lamang na plano sa kalusugan na kung saan maaaring magpatala ang empleyado sa trabahong ito? Isaalang-alang lang ang mga plano na tumutugon sa **pamantayang pinakamaliit na halaga (minimum value standard*)** na itinakda ng Federal Patient Rights and Affordable Care Act ng 2010. Kung hindi ka sigurado, tanungin ang tagapag-isyu ng iyong segurong pangkalusugan.

Pangalan: _____

☐ Walang plano ang tumutugon sa **pamantayang pinakamaliit na halaga (minimum value standard.***

Magkano ang babayaran ng empleyado sa mga premyum para sa pinakamurang seguro? **$** _____

Gaano kadalas? _____

☐ Lingguhan ☐ Bawat 2 linggo ☐ Bawat tatlong buwan
☐ Buwanan ☐ Dalawang beses sa isang buwan
☐ Taunan
☐ Iba pa _____

Anong pagbabago ang gagawin mo para sa bagong taon ng plano (kung alam)?

☐ Hindi kami mag-aalok ng pagsasaklaw sa kalusugan.

☐ Magsisimula kaming mag-aalok ng pagsasaklaw sa kalusugan sa mga empleyado o baguhin ang premyum para sa pinakamurang plano na makukuha lamang ng empleyado, na tumutugon sa **pamantayang pinakamaliit na halaga (minimum value standard.)*** (Ang premyum ay dapat magsasalamin sa diskuwento para sa mga programa sa kabutihan ng kalusugan o wellness program.)

Magkano ang babayaran ng empleyado sa mga premyum para sa planong iyon? **$** _____

Gaano kadalas?

☐ Lingguhan ☐ Bawat 2 linggo ☐ Buwanan
☐ Dalawang beses sa isang buwan
☐ Bawat tatlong buwan ☐ Taunan

Petsa ng pagbabago _____

* **Ang pamantayang pinakamaliit na halaga (minimum value standard)** ay nangangahulugan na ang plano ay magbabayad nang hindi kukulangin sa 60% ng kabuuang gastos ng mga benepisyo ng plano na ibinibigay sa empleyado. (Seksiyon 36B(c)(2)(C)(ii) ng Internal Revenue Code ng 1986)

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

Attachment D: Piliin ang iyong plano sa ngipin ng bata (pediatric dental plan) at iyong plano sa segurong pangkalusugan (health insurance).

★ Kung kailangan mong sabihin sa amin ang tungkol sa higit sa apat na taong gustong pumili ng plano sa ngipin ng bata (pediatric dental plan) o plano sa segurong pangkalusugan, **gumawa ng kopya ng pahinang ito at sa susunod na pahina**, at siguraduhing ipadala ito kasama ng iyong aplikasyon.

Kung sa tingin mo kuwalipikado ka para sa tulong sa premyum, isulat ang pangalan o baitang ng metal ng mga plano sa ngipin ng bata (pediatric dental plan) o mga plano sa segurong pangkalusugan na gusto mo sa ibaba. Upang malaman ang dagdag pa tungkol sa mga pribadong plano na inilalaan ng Covered California, bumisita sa **CoveredCA.com** o tumawag sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

Kung sa tingin mo kuwalipikado ka para sa Medi-Cal, isulat ang pangalan ng segurong pangkalusugan na gusto mo sa ibaba. Upang malaman ang dagdag pa tungkol sa makukuhang mga planong Medi-cal sa iyong county, o upang baguhin ang iyong plano kapag na-katala ka na, tumawag sa Health Care Options sa **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077), o bumisita sa **healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

Upang malaman kung kuwalipikado ka para sa Medi-Cal o sa tulong sa premyum, tingnan ang Attachment F.

▶ Piliin ang iyong plano sa ngipin ng bata (pediatric dental plan) ng Covered California *para lamang sa mga batang 18 o mas bata*

Pangalan *Una, gitna, apelyido, suffix (halimbawa, 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 ☐ DPPO ☐ DHMO
Bata 2:		☐ Mataas ☐ Mababa	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
Bata 3:		☐ Mataas ☐ Mababa	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO
Bata 4:		☐ Mataas ☐ Mababa	☐ DEPO ☐ DPPO ☐ DHMO

DEPO–Dental Exclusive Provider Organization; DHMO–Dental Health Maintenance Organization; DPPO–Dental Preferred Provider Organization

▶ Piliin ang iyong plano sa segurong pangkalusugan

Mga planong Medi-Cal at Covered California		Mga planong Covered California lamang		
Pangalan *Una, gitna, apelyido, suffix (halimbawa, Jr., Sr., III, IV)*	**Pangalan ng plano sa kalusugan**	**Baitang ng metal**	**Numero ng metal**	**Uri ng plano**
Tao 1:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Planong may pinakamaliit na pagsasaklaw (minimum covereage plan)		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Tao 2:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Planong may pinakamaliit na pagsasaklaw (minimum covereage plan)		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Tao 3:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Planong may pinakamaliit na pagsasaklaw (minimum covereage plan)		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO
Tao 4:		☐ Platinum ☐ Gold ☐ Silver ☐ Bronze ☐ Planong may pinakamaliit na pagsasaklaw (minimum covereage plan)		☐ EPO ☐ HMO ☐ HSA ☐ PPO

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 ay kailangang sumang-ayon at pumirma sa kasunduang arbitrasyon sa susunod na pahina.

Ang Attachment D *ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina*

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

Kasunduan para sa Umiiral na Arbitrasyon (Agreement for Binding Arbitration)

▶ Para sa bawat taong pumipili ng isang planong 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.

▶ Para sa bawat taong pumili ng isang plano sa kalusugan ng Kaiser Medi-Cal:

Abisong ng umiiral na arbitrasyon (binding arbitration): Nabasa ko ang paglalarawan ng plano. Naiintindihan ko na inaatas ng Kaiser ang paggamit ng umiiral na walang pinapanigang arbitrasyon (binding neutral arbitration) upang lutasin ang mga partikular na pagtatalo. Kabilang dito ang mga pagtatalo tungkol sa kung ibinigay ba ang tamang medikal na paggamot (tinatawag na medikal na di-nararapat na asal-propesyonal o medical malpractice) at iba pang mga pagtatalo na kaugnay sa mga benepisyo o sa paghahatid ng mga serbisyo, kabilang na kung ang anumang ibinigay na mga medikal na serbisyo ba ay hindi kinakailangan o hindi awtorisado, o isinagawa nang hindi maayos, pabaya, o nang walang kakayahan. Kung pipiliin ko ang Kaiser bilang aking Medi-Cal na plano sa kalusugan, sinusuko ko ang aking konstitusyonal na karapatan sa isang paglilitis na may lupong tagahatol (jury trial) o paglilitis ng hukuman (court trial) para sa mga partikular na pagtatalo. Sumasang-ayon rin ako sa paggamit ng umiiral na walang pinapanigang arbitrasyon (binding neutral arbitration) upang lutasin ang mga partikular na pagtatalong iyon. Hindi ko sinusuko ang aking karapatan para sa isang pandinig ng estado ng anumang isyu, na napapasailalim sa proseso ng pandinig ng estado.

▶ 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 4**, o ng responsableng partido, o awtorisadong kinatawan para kay Tao 4, kung hindi bababa sa 18 taong gulang ▶	Petsa

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

Attachment E:

Mga sanggunian ng Hakbang 2

Gamitin ang mga listahang ito upang sagutin ang mga Tanong sa Hakbang 2.

Katayuang pang-imigrasyon

Gamitin ang listahang ito para sa "Pag-apply para sa segurong pangkalusugan"

Kung may isa ka sa mga katayuang pang-imigrasyon na ito, ***maaari kang maging kuwalipikado para segurong pangkalusugan (health insurance):***

- 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
- 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).
- Binigyan ng withholding of deportation o withholding of removal, sa ilalim ng mga batas pang-imigrasyon o sa ilalim ng Convention against Torture (CAT)
- 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)
- Aplikante para sa special immigrant juvenile status
- Aplikante para sa adjustment to LPR status, na may aprobadong petisyon sa visa
- Aplikante para sa asylum
- 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)

Kung ang iyong katayuang pang-imigrasyon ay hindi nakalista sa itaas, maaari ka pa ring maging kuwalipikado para sa segurong pangkalusugan at dapat ka pa ring mag-apply.

Self-employment (May sariling negosyo)

Gamitin ang listahang ito para sa, "Ikaw ba ay may sariling negosyo (self-employed)?"

Maaari mong kaltasin ang mga bagay sa ibaba mula sa iyong grosang kita upang malaman ang iyong net na kita sa pagkakaroon ng sariling negosyo. Tingnan ang "Mga Tagubilin para sa Iskedyul C" sa **www.irs.gov** para sa karagdagang impormasyon.

- Mga gastos sa kotse at trak (para sa pagbibiyahe sa panahon ng araw ng trabaho, hindi para pumunta sa trabaho o pauwi galing sa trabaho)
- Depreciation (pagbaba ng halaga)
- Mga suweldo ng empleyado at mga fringe benefit
- Seguro sa pag-aari, pananagutan, o pagkaantala ng negosyo
- Interes (halimbawa, ang interes sa mortgage na ibinayad sa mga bangko)
- Mga legal and propesyonal na serbisyo
- Pagpapaupa o pag-lease ng mga ari-arian at kagamitian ng negosyo
- Mga komisyon, buwis, lisensiya, at mga bayad sa sinisingil
- Pag-aanunsiyo
- Nakakontratang manggagawa
- Mga pagkukumpuni at pangmintina
- Mga partikular na pagbibiyahe at mga pagkaing kaugnay sa negosyo

Mga halimbawa ng iba pang kita

Gamitin ang listahang ito para sa "Ikaw ba ay may iba pang kita?"

- Mga benepisyo sa pagkawala ng trabaho
- Mga Social Security na benepisyo
- Kita sa pagreretiro o pensyon
- Kita sa pagpapaupa o royalty
- Natanggap na alimony
- Kita sa pamumuhunan
- Mga capital gains
- Kita sa pagsasaka o pangingisda
- Mga kinanselang utang
- Mga gantimpala ng hukuman
- Bayad sa tungkulin bilang jury (tagahatol)
- Samut-sari

Mga Pagkakaltas (Deduction)

Gamitin ang listahang ito para sa "May mga pagkakaltas (deduction) ka ba?"

- Mga partikular na gastos sa sariling negosyo (self-employment)
- Pagkakaltas sa interes sa student loan
- Matrikula at mga singil
- Mga gastos ng tagapagturo
- Kontribusyon sa IRA
- Mga gastos sa paglipat
- Parusa sa maagang pag-withdraw ng inimpok sa bangko
- Pagkakaltas sa health savings account
- Binayarang alimony
- Pagkakaltas sa domestic production activities (mga aktibidad ng produksiyon na isinagawa sa loob ng bansa)
- Mga partikular ng gastos sa negosyo ng mga reserbista, mga performing artist, at mga opisyal ng pamahalaan ng binayaran ng suweldo sa bawat pagsisingil (fee-basis government official)

Kailangan mo ng Tulong?

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

Attachment F: Mga Pederal na Patnubay sa Pagkamaralita

▶ Tiyantahin kung sa anong uri ng segurong pangkalusugan (health insurance) ka maaaring karapat-dapat para sa 2014.

Bilang ng tao sa iyong sambahayan	Kung ang taunang kita ng iyong sambahayan ay mas mababa sa:	Kung ang taunang kita ng iyong sambahayan ay nasa pagitan ng:
1	$15,860*	$15,860 – $45,960
2	$21,400	$21,400 – $62,040
3	$26,950	$26,950 – $78,120
4	$32,500	$32,500 – $94,200
5	$38,050	$38,050 – $110,280
	⬇ **Maaaring maging karapat-dapat ka para sa Medi-Cal.**	⬇ **Maaari kang maging karapat-dapat para sa seguro na may tulong pinansiyal sa pamamagitan ng Covered California.**

**Ang mga halaga ng taunang kita ng sambahayan ay tinantiya lamang at batay sa mga datos ng kita sa 2013.*

Kung may abot-kayang seguro ka na mula sa iyong tagapag-empleyo o isang programa ng pamahalaan kagaya ng Medicare o Medicaid, hindi ka na karapat-dapat para sa mga plano sa segurong pangkalusugan ng Covered California.

★ Kung may mga anak ka o buntis ka, maaari na kahit na may mas mataas kang kita ay kuwalipikado ka pa rin para sa libre o mababang halagang seguro sa pamamagitan ng Medi-Cal o AIM. Kung buntis ka, ikaw at ang iyong inaasahang sanggol (o mga sanggol) ay bibilangin bilang hiwalay na mga tao na kuwalipikado para sa Medi-Cal at bilang isang tao para sa pinansiyal na tulong sa pamamagitan ng Covered California.

Mga Tanong na Madalas Tinatanong (FAQ, Frequently Asked Questions)

Pagkuha ng tulong sa pamamagitan ng Covered California

1. Ano ang Covered California?

Ang Covered California ay isang bagong merkado na nagagawang posible para sa mga indibidwal at mga pamilya na kumuha ng libre o mababang halagang segurong pangkalusugan (health insurance) sa pamamagitan ng Medi-Cal o kumuha ng tulong sa pagbayad para sa pribadong segurong pangkalusugan na makukuha sa pamamagitan ng Covered California.

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. Ano ang Medi-Cal?

Ang Medi-Cal ay ang bersiyon ng California sa pederal na programang Medicaid. Ito ay libre o mababang-halagang segurong pangkalusugan para sa mga residente ng California na kuwalipikado.

3. Ano ang Access for Infants and Mothers (AIM)?

Ang AIM ay isang mababang-–alagang programa ng segurong pangkalusugan para sa mga buntis na babaeng walang segurong pangkalusugan at may kita na masyadong mataas para sa walang bayad na Medi-Cal. Makukuha rin ang AIM ng mga babaeng may mga pribadong plano sa segurong pangkalusugan na may maternity-only na pagkakaltas o copayment na higit pa sa $500.

4. Paano makakatulong ang Covered California sa akin?

Makakatulong ang Covered California sa iyo sa pagpili ng pribadong plano sa seguro na tumutugon sa mga pangangailangan sa kalusugan at badyet. Nag-aalok kami ng ilan sa mga pinakakilalang mga plano sa kalusugan ng estado, at ilan rin sa mga pangrehiyon at lokal na plano.

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.

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

Oo. Sinumang taga-California na kuwalipikado ay maaaring makabili ng pribadong segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California kahit anupaman ang kita. Gagamitin namin ang iyong kita upang tulungan kaming makahanap ng segurong pangkalusugan na pinaka-abot-kaya para sa iyong pamilya.

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

May iba't ibang uri ng mga plano sa kalusugan na mapipilian mo. **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 pribadong 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).

Kung kuwalipikado ka para sa Medi-Cal, ang pagsasaklaw at mga gastos ay iba at maaaring maging libre para sa iyo.

7. 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 premyum at mga copayment. Ang halaga ng pinansiyal na tulong ay batay sa laki ng sambahayan at kita ng pamilya. Ang mga aplikante ay magiging kuwalipikado kung ang kanilang kita ay tumutugon sa mga limit sa kita.

8. Magkano ang gastos para dito?

Magdedepende ang gastos sa kung anong mga programa sa segurong pangkalusugan at pinansiyal na tulong ka kuwalipikado, pati na rin sa kung aling plano ang iyong pinili. Maaari mong gamitin ang cost calculator sa **CoveredCA.com** upang malaman ang gastos at makita kung kuwalipikado ka sa tulong sa pagbabayad ng seguro.

9. Dapat ko bang ilakip ang aking unang bayad sa premyum kasama ng aplikasyong ito?

Hindi, huwag mong ipadala ang iyong unang bayad kasama ng aplikasyong ito. Ang iyong plano ay magpapadala sa iyo ng isang invoice sa halagang kailangan mong bayaran.

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

Kailangan mo ng Tulong?

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

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

10. Paano ako mag-apply?

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 8 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 6 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 sa:

  Covered California
  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. 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).

11. Kasalukuyang akong nakatala sa Medi-Cal. Makakakuha ba ako ng segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California?

Kung magbabago ang iyong kita sa loob ng taon o sa panahon ng iyong taunang pag-renew, maaari kang maging kuwalipikado para sa ibang segurong pangkalusugan at tulong sa premyum sa pamamagitan ng Covered California.

12. 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 libre o mababang-halagang segurong pangkalusugan.

Kung mag-aapply ka, siguraduhing kumpletuhin ang Attachment B at ipadala ito kasama ng iyong aplikasyon.

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 pagsasaklaw ay maaaring kabibilangan ng seguro sa pamamagitan ng iyong trabaho, pagsasaklaw na mabibili nang sarili, o Medicare o Medi-Cal.

Pero ang ilang mga tao ay libre (exempt) mula sa pagkakaroon ng segurong pangkalusugan. Kabilang sa mga taong ito, ngunit hindi limitado sa, mga miyembro ng mga relihiyong sekta o sangay na kinikilala ng pederal na pamahalaan na kung saan ang kanilang mga relihiyosong paniniwala ay kumukontra sa pagtanggap ng mga benepisyong mula sa isang plano sa segurong pangkalusugan, mga taong nabibilanggo, 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 o tulong sa premyum.

Sa 2016, 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** o tumawag sa lokal na tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county (county social services office) o sa Covered California.

14. 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, 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 marinig mula sa amin, mangyaring tawagan kami sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

15. Ano ang mangyayari pagkatapos kong mag-aapply?

Padadalhan ka namin ng sulat sa loob ng 45 araw upang sabihin sa iyo kung aling programa kuwalipikado ka o ang mga miyembro ng iyong pamilya. Kung wala kang marinig mula sa amin, mangyaring tawagan kami sa **1-800-983-8816** (TTY: 1-888-889-4500).

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

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

16. 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 ka ring kumuha ng tulong sa pamamagitan ng pagbisita sa tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county (county social services office). 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 8 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 6 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).

17. Paano ako makakapili ng plano sa segurong pangkalusugan?

Kung kuwalipikado ka para sa mga pribadong plano sa segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Covered California, maaari kang bumisita sa **CoveredCA.com** upang madaling makabili at makahambing sa mga plano sa segurong pangkalusugan.

Makakakuha ka rin ng mga polyeto sa plano sa kalusugan ng Covered California. Ang Covered California ay mag-aalok ng mga pagpipiliang mga pribadong plano sa segurong pangkalusugan at mga planong Medi-Cal. Maaari kang pumili sa antas ng pagsasaklaw na pinamakabuting tumutugon sa 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 magbayag 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.

Kung kuwalipikado ka para sa Medi-Cal, ang pagsasaklaw at mga gastos ay iba, at maaari pa itong maging libre. Upang malaman ang higit pa tungkol sa makukuhang mga planong Medi-Cal sa iyong county, tumawag sa Health Care options sa **1-800-430-4263** (TTY: 1-800-430-7077). O, bumisita sa **www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov**.

Pinansiyal na tulong

18. Hindi ako kumikita ng maraming pera. Anong mga programa ang makukuha ko upang matulungan akong makakuha ng segurong pangkalusugan?

Simula sa Enero 1, 2014, ang mga taong nangangailangan ng segurong pangkalusugan ay maaaring makakuha ng tulong sa isa sa mga paraang ito:

A. Tulong na may mga buwanang premyum. Ang mga tulong sa premyum ay naririyan upang tulungang maging abot-kaya ang segurong pangkalusugan. Ang mga taong kuwalipikado para sa tulong sa premyum ay maaaring makakuha ng tulong nang maaga (bago sila magpa-file ng buwis) upang gawing mas mababa ang kanilang buwanang premyum. O maaari nilang kunin ang tulong sa katapusan ng taon at mas kaunti ang kanilang babayaran sa buwis.

Ang halaga ng tulong parasa mga buwanang premyum ay magdedepende sa laki ng iyong sambahayan at kita ng pamilya.

B. Medi-Cal: Ang Medi-Cal ay ang programang Medicaid ng California, na binabawaran ng mga pederal at pang-estadong buwis. Ito ay ang segurong pangkalusugan ng mga residente ng California na mababa ang kita na tumutugon sa mga partikular na kahilingan.

Kung ang iyong kita ay nasa loob ng mga limit ng Medi-Cal para sa laki ng iyong pamilya, matatanggap mo ang pagsasaklaw ng Medi-Cal nang wala kang babayaran.

19. Kung magbabago ang aking kita, agad bang magbabago ang aking tulong sa premyum?

Hindi, ang iyong tulong sa premyum ay hindi agarang magbabago. Ipoproseso namin ang anumang bagong impormasyon na mayroon kami. At, sasabihin namin sa iyo kung ang halaga ng iyong tulong sa premyum ay magbabago.

20. Kung magbabago ang aking kita, paano makakaapekto ang pagbabago sa akin sa panahong magpa-file ako ng aking buwis?

Mahalagang iulat ang mga pagbabago sa kita sa Covered California na nakakaapekto sa halaga ng tulong sa premyum (o mga tax credit) na iyong matatanggap. Kung bababa ang iyong kita, maaari kang maging kuwalipikado upang tumanggap ng mas mataas na halaga ng tulong sa premyum at mas mabawasan pa ang iyong mga gastos na babayaran ng sarili mong bulsa. Subalit, kung tumaas ang iyong kita, maaari kang makatanggap ng sobrang daming tulong sa premyum at maaaring kailangan mong bayaran pabalik ang ilan sa ito sa panahong magpa-file ka ng iyong mga buwis para sa taong ng benepisyo.

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

Pinansiyal na tulong *(ipinagpatuloy)*

21. Paano kung hindi ako nag-file ng buwis sa nakaraang taon?

Kung hindi ka nag-file ng buwis sa nakaraang taon, maaari ka pa ring mag-apply para sa segurong pangkalusugan at kumuha ng tulong sa premyum. Gagamitin namin ang iyong kita upang tulungan kaming hanapin ang seguro na pinaka-abot-kaya para sa iyo at iyong pamilya.

Kung kuwalipikado ka para sa tulong sa premyum, kailangan mong mag-file ng buwis para sa taon ng benepisyo.

22. 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 upang iulat ang anumang pagbabago sa iyong kita na maaaring makaapekto sa iyong pagkamarapat sa loob ng 30 araw.

Kung ikaw ay may Medi-Cal at nagbago ang iyong kita, kontakin ang tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county (county social services office) sa loob ng 10 araw.

Iba pang mga Tanong

23. 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. Maaari kang maging kuwalipikado para sa segurong pangkalusugan sa pamamagitan ng Medi-Cal kahit na hindi ka mamamayan ng U.S. o nasyonal ng U.S. (U.S. citizen o U.S. national).

24. Ang aking pamilya o ako ba ay kuwalipikado para sa parehong programa?

Depende sa laki ng iyong sambahayan o kita ng pamilya, ikaw at ang iyong pamilya ay maaaring maging kuwalipikado para ibang mga programa. Halimbawa, maaari kang maging kuwalipikado para sa abot-kayang pribadong segurong pangkalusugan na makukuha sa pamamagitan ng Covered California. Subalit, ang iyong anak ay maaaring maging kuwalipikado para sa libreng Medi-Cal. Sasabihin namin sa iyo kung aling segurong pangkalusugan ka o ang iba pang miyembro kuwalipikado.

25. 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.

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

Kung nag-aapply ka sa pagitan ng Oktubre at Disyembre 2013, magsisimulang magbibigay ng mga serbisyo ang mga plano sa kalusugan nang kasing-aga nang Enero 1, 2014. Kung mag-aaply ka pagkatapos ng Enero 1, 2014, ang iyong plano ay kalusugan ay maaaring mag-umpisang magbigay ng mga serbisyo sa buwan kaagad pagkatapos mong nag-apply.

27. Ano ang ibig mong sabihin sa "kapansanan"?

Maaaring may kapansanan ka at kuwalipikado para sa Medi-Cal kung:

- Ikaw ay bingi o may seryosong kawalan ng pandinig.
- Ikaw ay bulag o may seryosong kawalan ng paningin, na nagsusuot pa ng salamin.
- Ikaw ay may kapansanang pangkatalinuhan o kognitibo at may kahirapan sa pag-alala, pagtuon ng pansin, o paggawa ng mga desisyon.
- Ikaw ay may ambulatoryong kondisyon at may kahirapan sa paglakaw o pag-akyat ng hagdan.
- Ikaw ay may kahirapan sa pagligo o pagsuot ng damit o pagsagawa ng katulad na mga pang-araw-araw na gawain.
- Ikaw ay may kondisyon sa katawan, kaisipan, o emosyonal ay may kahirapan sa pagsagawa ng mga sadyang gawain (katulad ng pamimili o pagbisita sa tanggapan ng doktor) na walang tulong.

Hindit kailangang tumatanggap ka ng espesyal na mga serbisyong pantulong sa iyong tahanan o nakatira ka sa anumang uri ng pasilidad sa pangangalaga (nursing facility) o tirahang pasilidad na may mga taong tumutulong (assisted living facility).

28. 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.

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

Oo. Siguraduhing sagutin nang oo ang Tanong sa aplikasyon na "Buntis ka ba?" o sabihin ito sa taong tumutulong sa iyong kumpletuhin ang iyong aplikasyon. 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.

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

Iba pang mga Tanong *(ipinagpatuloy)*

30. Bago pa lang ako nagkaroon ng sanggol. Ano ang dapat kong gawin sa segurong pangkalusugan?

Kung wala kang Medi-Cal o Access for Infants and Mothers (AIM) at panahon ng pagdaos ng panganganak, kumpletuhin ang aplikasyong ito para sa iyong kasisilang na sanggol.

Kung mayroon kang Medi-Cal o AIM sa panahon ng iyong pagbubuntis, hindi mo kailangang kumpletuhin ang aplikasyong ito.

- Ilakip ang impormasyon ng ina sa pahina 2 ng aplikasyong ito.
- Kung may Medi-Cal ka, tawagan ang tanggapan ng mga serbisyong panlipunan ng county (county social services office) upang masigurong sinasaklaw ang iyong sanggol mula sa pagsilang, o kumpletuhin ang isang (newborn referral form) pormularyo sa pagsangguni ng kasisilang na sanggol. I-print ang pormularyo na nasa **www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Forms/ mc330.pdf.**
- Kung may AIM ka, tumawag sa **1-800-433-2611**, o pumunta sa **aim.ca.gov** upang iparehistro ang iyong sanggol.

31. 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.

32. Ikaw ba ay nasa loob ng isang foster care sa iyong ika-18 taong kaarawan?

Kung nasa foster care ka at tumatanggap ng Medicaid sa anumang estado nang naging 18 taong gulang ka, at ikaw ngayon ay nasa pagitan ng 18 hanggang 26 taong gulang, maaari kang maging kuwalipikado para sa Medi-Cal. Pagkatapos naming mapatunayan na ikaw ay residente ng California, ipapatala ka namin sa Medi-Cal nang libre. Pagkatapos, papatunayan namin kung nasa foster care ka at Medicaid noon.

33. Ano ang bumubuo sa isang-beses na pagbabayad?

Ang mga isang-beses na pagbabayad ay pinapahintulutan lang para sa mga pinanalunan sa sugal, mga premyo, pagkansela ng utang, suweldo o sahod mula sa tagapag-empleyo ng namatay na tao na tinanggap ng buhay na asawa, mga retroaktibong benepisyo ng social security at benepisyo sa pagreretiro sa trabahong kaugnay sa riles ng tren (railroad retirement benefit), mga pinanalunan sa loterya, mga regalo, at mga retroaktibong benepisyo sa pagkawala ng trabaho.

34. Ano ang ibig sabihin ng may sariling negosyo "self-employed"?

Ang mga taong self-employed ay kumikita ng pera nang direkta mula sa kanilang sariling negosyo o mga serbisyo. Hindi sila kumikita ng pera mula sa isang kompanya na nagbabayad sa kanila.

35. 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)**.

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

Kung ikaw ay isang American Indian o Katutubo ng Alaska na kinikilala ng pederal na pamahalaan, o kung kuwalipikado ka sa ibang paraan para sa 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 kang maging kuwalipikado para sa libre o mababang-halagang Medi-Cal. O maaari kang maging kuwalipikado para sa ibang mga pagtitipid ng gastos, katulad ng tulong sa pagbabayad ng premyum o walang mga copayment. Maaari ka ring magkaroon ng espesyal na buwanang panahon sa pagpapatala.

- Kumpletuhin ang Attachment A at ipadala ito kasama ng katibayan na ikaw ay American Indian o Katutubo ng Alaska. Maaari mong magamit 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 kuwalipikado ka para sa Medi-Cal, hindi mo kailangang magpadala ng katibayan ng iyong pamanang American Indian o Katutubo ng Alaska. Upang malaman kung kuwalipikado ka para sa Medi-Cal, tingnan ang Attachment E.

37. 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 8 p.m. at Sabado, 8 a.m. hanggang 6 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. 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 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).

Kailangan mo ng Tulong?

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

Maaaring may dagdag na tulong na makukuha

CalFresh

Kailangan mo ba ng tulong sa pagbibili ng pagkain para sa iyo at iyong pamilya? Maaaring makatulong sa iyo ang CalFresh!

Sa California, ang pederal na Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) ay kilala bilang CalFresh. Tumutulong ang CalFresh sa iyong magbayad para sa mga masustansiyang prutas, gulay, at iba pang masustansiyang pagkain.

Upang malaman kung kuwalipikado ka para sa CalFresh, tumawag sa **1-877-847-3663** o bumisita sa **www.calfresh.ca.gov**, o mag-apply online sa **benefitscal.org**.

Welltopia by DHCS

Bisitahin ang Welltopia by the Department of Health Care Services (DHCS), ang lugar sa kabutihan ng kalusugan, sa Facebook at Twitter! Makakahanap ka ng mga tip sa pagpababa ng stress, pagkain ng mas masustansiyang pagkain, matamasa at masiyahan sa pisikal na aktibidad, huminto sa paninigarilyo, at marami pang iba.

Ang Welltopia by DHCS ay mayroong:

- Libre at nakakatuwang mga health apps
- Mga cool na video
- Mga link sa:
  - Masarap at madaling mga recipe
  - Mga lokasyon ng mga farmers' market
  - CalFresh
- Mga nakatutuwang lugar at mga aktibidad para sa iyo at sa iyong mga anak
- Edukasyon, mga lugar na makakahanap ng trabaho, at iba pang mga serbisyo upang mas mapadali ang iyong buhay

"I-like" ang Welltopia by DHCS sa Facebook! Pumunta sa: Facebook.com/DHCSWelltopia

Sundan kami! @Weltopiadhcs

Earned Income Tax Credit (EITC)

Ang EITC ay isang benepisyo para sa mga nagtatrabahong tao na may mababa hanggang katamtamang kita. Ang tax credit na ito ay nagbabawas sa halaga ng tax na kailangan mong bayaran at maaari ring magresulta sa isang refund.

www.eitc.ca.gov

Child Tax Credit

Ang tax credit na ito na maaaring magkahalaga ng hanggang sa $1,000 bawat kuwalipikadong bata, depende sa iyong kita.
www.childtaxcredit.ca.gov

Kailangan mo ng Tulong?

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

Kumuha ng tulong sa iba pang mga wika

Maaari kang kumuha ng tulong sa aplikasyong ito sa iba pang 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 Hindi 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 مساعدة خاصة بهذا التطبيق باللغة العربية. اتصل بـ1-800-826-6317.

ARABIC

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

Sundan kami! @CoveredCA