



Aplikasyon para sa Mga Serbisyo

Estado ng Alaska
Kagawaran ng
Kalusugan Dibisyon ng
Pampublikong Tulong
<https://health.alaska.gov/dpa>

Kung kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto ng form na ito o mayroon kang mga katanungan, mangyaring ipaalam sa amin — maaari kaming tumulong!

Paano ako mag-a-apply?

Gamitin ang aplikasyon na ito para mag-apply sa mga programa ng pampublikong tulong. Tanging ang iyong legal na pangalan, address, at lagda ang kinakailangan sa pahina 8 ng form ng aplikasyong ito para makakuha ng petsa ng pagsisimula ng benepisyo. Para sa SNAP, ang petsa ng pagsisimula ng iyong benepisyo ay sa petsang matatanggap namin ang iyong nakumpletong pahina 8. Ang Pampublikong Tulong para sa Nasa Hustong Gulang, Medicaid, at mga benepisyo mula sa ibang programa ay maaaring magsimula sa ibang araw

Mag-apply para sa Medicaid nang mas mabilis online

- Bisitahin ang www.healthcare.gov o www.my.alaska.gov para mag-apply online

Gaano ito katagal?

Maaaring tumagal ng hanggang 45 araw ang pagproseso sa iyong aplikasyon. Ang mga aplikante ng SNAP ay maaaring mabigyan ng mas mabilis na serbisyo. Ang mga sumusunod na sambahayan ay maaaring maging kwalipikado para tumanggap ng mga benepisyo ng SNAP sa loob ng 7 araw:

- Mga sambahayan na wala pang \$100 ang cash o pera sa bangko
- Mga sambahayan na may buwanang kabuuang kita (bago ang mga kaltas) na mas mababa sa \$150
- Mga sambahayan na mas mataas ang gastos para sa upa/mortgage/mga utilidad kaysa sa kanilang buwanang kabuuang kita, cash, pera sa bangko

Ano ang maaaring kailanganin mo para mag-apply sa insurance na pangkalusugan

- Mga Social Security number (o mga numero ng dokumento para sa sinumang legal na imigrante na nangangailangan ng insurance)
- Mga petsa ng kapanganakan
- Ang impormasyon ng employer & kita para sa lahat sa iyong sambahayan (halimbawa — mga payslip, W-2 tax form - Mga Statement ng Sahod at Buwis) Ang iyong kita at laki ng pamilya ay nakakatulong sa amin na magpasya sa kung aling mga programa sa insurance na pangkalusugan kayo kwalipikado. Kailangan naming malaman ang tungkol sa lahat ng nasa iyong tax return (hindi mo kailangang maghain ng mga buwis para makakuha ng saklaw pangkalusugan o mga serbisyo ng pampublikong tulong)
- Mga numero ng policy para sa anumang kasalukuyang insurance na pangkalusugan
- Impormasyon tungkol sa anumang insurance na pangkalusugan na may kaugnayan sa trabaho na available sa iyong pamilya

Kailangan ko bang kumumpleto ng isang panayam?

- Kinakailangan ang isang pakikipanayam bago namin tukuyin kung kwalipikado ka para sa ilang partikular na programa ng pampublikong tulong. Pwede kang mag-iskedyul ng panayam sa tanggapan ng Pampublikong Tulong o sa iyong lokal na Ahente ng Bayad. Tatanggihan ang iyong aplikasyon kung hindi mo makukumpleto ang panayam.
- Kung kailangan mo ng tagapagsalin ng wika, tumawag sa 1-800-478-7778 at magbibigay kami ng tagapagsalin nang walang bayad. Kung ikaw ay bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita, i-dial ang 711 para makipag-ugnayan sa isang Alaska Relay Communications Assistant.

Mga programa

Pederal na Pinamamahalaang Merkado

Mga pribadong plano ng insurance na pangkalusugan, libre o murang plano ng pag-iipon, at mga kredito sa buwis na nagbabayad para sa insurance.

Medicaid

Nag-aalok ng medikal na saklaw sa mga taong mababa ang kita, mga taong higit sa 65 ang edad, may kapansanan, bulag, buntis, at mga pamilyang may mga umaasang anak. Tumutulong din sa mga premium ng Medicare Part A at B.

Tulong Medikal para sa Pangmatagalan & Biglaang Karamdaman

Tumutulong sa mga taong may partikular na karamdaman na hindi kwalipikado para sa Medicaid at kakaunti o walang kita.

Programang Tulong para sa Karagdagang Nutrisyon (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Tumutulong sa mga tao na bumili ng pagkain.

Programang Pansamantalang Tulong

Nagbibigay ng buwanang pagbabayad ng salapi sa mga kwalipikadong pamilya na may mga anak.

Pampublikong Tulong para sa Nasa Hustong Gulang

Nagbibigay ng buwanang pagbabayad ng salapi at tulong medikal sa mga kwalipikadong matatanda, bulag, at may kapansanan.

Tulong sa Pangkalahatang Kaginhawaan

Tumutulong sa mga kwalipikadong indibidwal at pamilya na may mga pang-emergency na pangangailangan sa upa at utilidad. Tumutulong din sa mga gastos sa pagpapalibing.

Pahina ng Impormasyon — Basahin at panatilihin ang pahinang ito para sa iyong mga talaan.

Ano ang pwedeng kailanganin mong ibigay sa amin.

<p>Pagkakakilanlan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sertipiko ng kapanganakan <input type="checkbox"/> lisensya sa pagmamaneho o pagkakakilanlan sa estado <input type="checkbox"/> card ng pagkakakilanlan para sa mga benepisyo pangkalusugan <input type="checkbox"/> pagkakakilanlan sa paaralan o trabaho <input type="checkbox"/> pasaporte 	<p>Kinita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mga payslip (sa nakalipas na 30 araw) <input type="checkbox"/> statement ng employer sa kabuuang sahod <input type="checkbox"/> mga talaan ng bookkeeping sa sariling trabaho <input type="checkbox"/> mga form ng buwis sa kita
<p>Paninirahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mga bayarin sa utilidad gaya ng kuryente, gas, o tubig <input type="checkbox"/> kasunduan sa pag-upa o mortgage statement na nagpapakita ng iyong address 	<p>Hindi Kinita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> liham ng ahensya na nagpapakita ng perang natanggap tulad ng Social Security (SSI), mga benepisyo sa Mga Serbisyo para sa Beterano (VA), suporta sa anak, sustento, kawalan ng trabaho, at pagreretiro
<p>Katayuan sa Imigrasyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mga papeles sa imigrasyon o naturalisasyon (hindi kinakailangan para sa mga mamamayan ng U.S. o para sa mga hindi kwalipikadong tao na nag-a-apply sa SNAP para sa kanilang mga anak na mamamayan ng U.S.) 	<p>Suporta sa Anak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pagka-ama, kustodiya at suporta <input type="checkbox"/> mga kautusan ng diborsyo o pagbuwag
<p>Mga Kaltas sa Gastusing Medikal:</p> <p>Para sa mga sambahayan na may matatanda (edad 60 pataas), bulag, o may kapansanan na mga miyembro lamang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mga statement sa pagsingil <input type="checkbox"/> mga detalyadong medikal na resibo tulad ng para sa mga iniresetang gamot <input type="checkbox"/> Medicare card na nagsasaad ng Part B na saklaw <input type="checkbox"/> kasunduan sa pagbabayad sa doktor 	<p>Iba pang mga Dokumentong Maaaring Kailanganin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mga bayarin o resibo para sa pangangalaga ng bata o dependent na matanda <input type="checkbox"/> patunay ng aplikasyon para sa Karagdagang Kita para sa Seguridad (Supplemental Security Income, SSI) <input type="checkbox"/> mga abiso sa pagpapaalis o sa pagpapatigil ng utilidad <input type="checkbox"/> kopya ng kautusan ng korte na nagpapakita ng mga obligasyong suporta sa iyong anak at katibayan ng pagbabayad

Ang iyong appointment ay sa:

Petsa/Araw _____ Oras _____ Telepono _____

Lokasyon/Tagapanayam _____ Fax _____

Pahina ng Impormasyon — Panatilihin ang pahinang ito para sa iyong mga talaan.

Ang Iyong Mga Karapatan at Responsibilidad

Paano kung hindi ako sumasang-ayon sa isang desisyong ginawa?

May karapatan kang talakayin ang anumang aksyon na ginawa sa iyong aplikasyon o kaso sa isang caseworker o supervisor. Kung sa tingin mo ay nagkamali ang Dibisyon ng Pamublikong Tulong o Pederal na Pinamamahalaang Merkado sa pagpapasiya sa iyong insurance na pangkalusugan o nagkamali ang Dibisyon ng Pamublikong Tulong sa pagtukoy sa iyong mga benepisyo, pwede mong iapela ang desisyon nito. Ang ibig sabihin ng pag-apela ay ang pagbibigay-alam sa isang tao sa Dibisyon ng Pamublikong Tulong o sa Pederal na Pinamamahalaang Merkado na nakikita mong mali ang aksyon, at humihingi ka ng pagsusuri sa aksyon ng patas na pagdinig. Ang kahilingan para sa Programang Tulong para sa Karagdagang Nutrisyon (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) at Medicaid ay maaaring gawin sa sinumang empleyado ng Dibisyon nang personal, sa pamamagitan ng telepono, o nang pasulat; ang mga kahilingan para sa lahat ng iba pang programa ay dapat gawin nang pasulat. Ang mga kahilingan sa patas na pagdinig ng SNAP ay dapat gawin sa loob ng 90 araw mula sa petsa ng bisa ng aksyon. Ang mga kahilingan sa patas na pagdinig para sa lahat ng iba pang programa ay dapat gawin sa loob ng 30 araw mula sa petsa ng abiso. Kung hiniling, tutulungan ka ng Dibisyon na gumawa ng kahilingan sa pagdinig. Kung ang iyong hindi pagsang-ayon ay may kinalaman sa medikal na pagsingil o mga serbisyo, makipag-ugnayan sa Helpline ng Impormasyon ng Tumatangap ng Medicaid sa 1-800-780-9972.

Kung humiling ka ng patas na pagdinig bago ang petsa ng bisa ng aksyon, pwedeng patuloy kang makatanggap ng mga benepisyo hanggang sa magawa ang desisyong sa pagdinig. Kung hindi ka humiling ng patas na pagdinig bago ang petsa ng bisa ng aksyon, pwede ka pa ring umapela subalit ang mga benepisyo ay hindi ipagpapatuloy. Pwede kang palaging mag-apply muli para sa mga benepisyo habang naghahintay para sa iyong pagdinig. Sa pagdinig, maaari mong katawanin ang iyong sarili o magkaroon ng legal na kinatawan. Maaari kang maging kwalipikado para sa libreng legal na payo at representasyon sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Korporasyon ng Serbisyong Legal ng Alaska sa (907) 272-9431 o 1-888-478-2572.

Ang aking karapatang umapela

Alam kong malalaman ko kung paano umapela sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Dibisyon ng Pamublikong Tulong o sa Merkado sa 1-800-318-2596. Alam kong pwede akong katawanin ng ibang tao sa proseso. Ang aking kwalipikasyon at iba pang mahalagang impormasyon ay ipapaliwanag sa akin.

Kailan ko kailangang mag-ulat ng mga pagbabago?

Dapat mong iulat ang mga pagbabago sa iyong sambahayan sa loob ng 10 araw mula nang malaman mo ang pagbabago. Kung nakatanggap ka ng Pansamantalang Tulong ng Alaska at umalis ang isang bata sa iyong bahay, dapat mong iulat ito sa loob ng 5 araw.

Ano ang mga pagbabagong kailangan kong iulat?

Kung nakatanggap ka ng Mga Benepisyo sa Insurance na Pangkalusugan na pinahintulutan ng Pederal na Pinapamahalaang Merkado o Medicaid ng Pamublikong Tulong, dapat mong iulat ang anuman at lahat ng pagbabago sa impormasyong ibinigay sa aplikasyong ito, kabilang ang mga pagbabago sa iyong medikal na insurance.

Kung nakatanggap ka ng Programang Tulong para sa Karagdagang Nutrisyon at hindi ka nakatanggap ng mga benepisyo mula sa anumang iba pang programa, dapat kang mag-ulat kapag ang kabuuang kita ng iyong sambahayan ay lumampas sa limitasyon ng kita para sa laki ng iyong sambahayan at kung ang isang tao sa iyong sambahayan ay nanalo sa loterya o pagsusugal ng \$3,500 o higit pa sa isang laro. Kung ang iyong sambahayan ay may miyembrong napapailalim sa mga limitasyon sa oras ng ABAWD, dapat kang mag-ulat kapag ang kanilang oras ng trabaho ay bumaba ng mas mababa sa 20 oras bawat linggo.

Kung nakatanggap ka ng mga serbisyo ng pamublikong tulong, kasama sa mga pagbabagong dapat mong iulat, pero hindi limitado sa mga sumusunod:

- Pagsisimula o paghinto sa isang trabaho, pagbabago sa sahod, pagbabago mula sa part-time patungong full-time, o full-time sa part-time
- Kapag ang perang natanggap mo mula sa mga pinagmumulan maliban sa pagtatrabaho ay nagbago nang higit sa \$50
- May taong pumasok o lumabas ng iyong bahay
- Lumipat ka o nakakuha ng bagong address para sa koreo
- Ang iyong sambahayan ay nakakuha ng sasakyan
- Ang iyong sambahayan ay mayroong higit sa \$2250 na kabuuang hawak na pera o nasa bangko
- Mga pagbabago sa bayad o obligasyon sa suporta ng iyong anak
- Mga pagbabago sa iyong medikal na insurance kung ikaw o sinuman sa iyong sambahayan ay nakakuha ng Medicaid
- Mga pagbabago sa pagbubuntis

Basahin at panatilihin ang pahinang ito.

Kakailanganin ko pa bang magtrabaho?

Para makatanggap ng Pansamantalang Tulong ng Alaska o Programang Tulong para sa Karagdagang Nutrisyon, kakailanganin mong lumahok sa mga aktibidad sa trabaho. Ang mga kalahok sa Pansamantalang Tulong ng Alaska ay dapat maghanda ng Plano ng Pamilya tungo sa Pagsasarili para maging independent sa pananalapi. Kailangan mong lumahok sa mga naaprubahang aktibidad sa trabaho maliban kung kwalipikado ka para sa exemption. Kung ikaw ay isang magulang na menor de edad at hindi kasal, para makatanggap ng Pansamantalang Tulong ng Alaska ay dapat kang tumira kasama ang isang magulang o sa ibang naaprubahang kaayusan ng paniniraham at pumasok sa paaralan o pagsasanay. Kung hindi mo matutugunan ang mga kinakailangan sa trabaho o sa pagiging menor de edad na magulang, maaaring bawasan o wakasan ang iyong mga benepisyo.

Ano ang mangyayari sa aking Suporta sa Anak?

Dapat mangolekta ang Alaska ng suporta sa anak at suportang medikal mula sa sinumang magulang na may tungkuling magbayad ng suporta para sa batang tumatanggap ng Pansamantalang Tulong ng Alaska o Medicaid. Kabilang dito ang anumang perang inutang sa iyo sa oras na nag-apply ka, pati na rin ang mga pangkasalukuyan at panghinaharap na mga pagbabayad sa suporta sa anak. Ang anumang pagbabayad sa suporta sa anak na ibinigay o binayaran sa iyo habang tumatanggap ka ng mga benepisyo ng Pansamantalang Tulong ng Alaska ay dapat iulat at ibigay kaagad sa Estado. Para baguhin ang isang utos ng pagsuporta sa anak, dapat kang kumuha ng bagong utos ng korte o kumuha ng pahintulot mula sa Dibisyon ng Mga Serbisyo para sa Suporta sa Anak (Child Support Services Division, CSSD). Kung naniniwala ka na mayroon kang magandang dahilan para hindi makipagtulungan sa CSSD para sa mga programang ito, dapat mong sabihin kaagad sa iyong caseworker. Pwedeng hilingin sa iyo na magbigay ng impormasyon para suportahan ang iyong dahilan.

Kapag nag-apply ka para sa Pansamantalang Tulong ng Alaska, kailangan mong:

- Lumagda sa CSSD para sa iyong karapatang tumanggap at panatilihin ang mga bayad sa suporta sa anak na nakalaan sa iyo o isang anak sa Pansamantalang Tulong ng Alaska.
- Makipagtulungan sa CSSD sa pagtutukoy ng ama.
- Sumang-ayon na huwag bibili gamit ang o i-access ang mga benepisyong pera sa iyong EBT card sa mga ATM na matatagpuan sa mga bar, tindahan ng alak, sugalan o pangmatandang aliwan.

Kapag nag-apply ka para sa Medicaid, kailangan mong:

- Italaga sa Estado ng Alaska ang lahat ng karapatan sa anumang suportang medikal o iba pang pagbabayad ng ikatlong partido sa lawak na binayaran ng kagawaran para sa tulong medikal sa pangangalaga at mga serbisyo para sa iyo o sa iyong mga menor de edad na anak.
- Makipagtulungan sa kagawaran sa pagtukoy at pagbibigay ng impormasyon tungkol sa mga ikatlong partido na posibleng may pananagutan na magbayad para sa pangangalaga at mga serbisyong natanggap mo o ng iyong mga menor de edad na anak.
- Sumang-ayon na mag-apply para sa lahat ng iba pang available na mapagkukunan na ikatlong partido na pwedeng magamit para ibigay o bayaran ang halaga ng pangangalaga o mga serbisyong natanggap mo o ng iyong mga menor de edad na anak o na maaaring gamitin para ibalik sa estado ang halaga ng pangangalaga o mga serbisyong natanggap.
- Makipagtulungan sa CSSD sa pagtutukoy ng ama.
- Kung nag-a-apply para sa mga pangmatagalang serbisyo ng pangangalaga, kabilang ang mga serbisyo sa Pahintulot na Batay sa Bahay at Komunidad, italaga ang Estado ng Alaska bilang natitirang benepisyaryo, o bilang pangalawang natitirang benepisyaryo pagkatapos ng iyong asawa o menor de edad o may kapansanang anak, para sa anumang interes na pwedeng mayroon ka sa kinikita sa isang taon hanggang sa halaga ng mga benepisyo ng Medicaid na natanggap.

Maaari bang kunin ng Estado ng Alaska ang aking ari-arian?

Ang ari-arian ng isang indibidwal na may edad na 55 o mas matanda pa na nakatanggap ng mga benepisyo ng Medicaid ay pwedeng sumailalim sa isang claim para sa pagbawi. Ito ay limitado sa pagbabayad ng mga serbisyong natanggap habang ang tatanggap ay nasa isang institusyong medikal, kabilang ang isang nursing home o iba pang institusyong medikal, o tumatanggap ng mga serbisyong nakabatay sa tahanan at komunidad. Sa ilalim ng limitadong mga kundisyon, ang Estado ng Alaska ay maaaring maglagay ng prenda sa tahanan ng isang tatanggap. Gayunpaman, ang karamihan sa pagbawi ng ari-arian ay isinasagawa pagkatapos ng kamatayan ng tumatanggap o ng naiwang asawa ng tumatanggap, kung mayroon man, at sa panahon lamang na ang tumatanggap ay walang nabubuhay na anak na wala pa sa edad na 21 at walang nabubuhay na anak na bulag o may kapansanan.

Responsibilidad para sa Sobrang Bayad

Kung nakatanggap ka ng sobrang bayad sa mga benepisyo ng Pamublikong Tulong o nakatanggap ng mga serbisyong hindi nararapat sa iyo, maaari kang maging responsable sa pagbabalik ng sobrang bayad o halaga ng mga serbisyo sa Estado ng Alaska. Maaaring totoo ito kung ang sobrang bayad o hindi tamang pagpapahintulot sa mga serbisyo ay dahil sa pagkakamali ng Kagawaran ng Kalusugan. Sa pagtanggap ng mga benepisyo o serbisyo, kailangan mong unawain at sang-ayunan na pwede kang maging responsable sa pagbabalik ng bayad sa mga benepisyo o serbisyo na hindi nararapat sa iyo.

Basahin at panatilihin ang pahinang ito.

Paano pinoprotektahan ang aking mga karapatan?

Ang Dibisyon ng Pamublikong Tulong ay mangongolekta ng impormasyon, kabilang ang Social Security number (SSN) ng bawat miyembro ng sambahayan na nag-a-apply para sa Programang Tulong para sa Karagdagang Nutrisyon, Pansamantalang Tulong ng Alaska, o Medicaid, upang matukoy ang pagiging kwalipikado para sa mga benepisyo ng pamublikong tulong. Beberipikahin ng Dibisyon ang impormasyong ito sa pamamagitan ng mga computer matching program, kabilang ang Income and Earnings Verification System (IEVS). Ang impormasyong ito ay gagamitin para subaybayan ang pagsunod sa mga regulasyon ng programa at para sa pamamahala ng programa. Maaaring ibunyag ng Dibisyon ang impormasyong ito sa iba pang mga ahensya ng Pederal at Estado para sa opisyal na pagsusuri, sa mga opisyal na nagpapatupad ng batas para sa layunin ng paghuli sa mga taong tinatakan ang batas, at sa mga pribadong ahensya sa pangongolekta ng claim para sa aksyon sa pangongolekta ng mga claim. Maaaring beripikahin ng Dibisyon ang katayuang imigrante ng mga miyembro ng sambahayan sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Pagkamamamayan ng U.S. at Imigrasyon (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS). Ang impormasyong nakuha mula sa mga ahensyang ito ay maaaring makaapekto sa iyong pagiging kwalipikado at antas ng mga benepisyo.

Ang pagbibigay ng hiniling na impormasyon, kabilang ang SSN ng bawat miyembro ng sambahayan kung kanino kayo naghahanap ng mga benepisyo, ay kusang loob. Gayunpaman, ang kabiguang magbigay ng impormasyong ito ay magreresulta sa pagtangi ng mga benepisyo sa bawat indibidwal na hindi makapagbigay ng SSN. Ang anumang ibinigay na SSN ay gagamitin at ibubunyag sa parehong paraan, anuman ang pagiging kwalipikado ng indibidwal. Matutulungan ka ng Dibisyon ng Pamublikong Tulong sa pag-a-apply para sa Social Security Number kung ikaw ay naghahanap ng mga benepisyo at wala ka ni isa.

Kapag nilagdaan mo ang aplikasyon para sa tulong at gumamit ng Medicaid o Tulong Medikal para sa Pangmatagalan & Biglaang Karamdaman, pumapayag kang maglabas ng mga talaang medikal at impormasyon tungkol sa iyong sarili at sinumang ini-a-apply mo sa Kagawaran ng Kalusugan (Department of Health, DOH). Kapag hiniling, ang sinumang may hawak ng mga talaang medikal at impormasyon o ang pag-iingat ng naturang mga talaan ay dapat ilabas ang mga talaang iyon sa Kagawaran o isang kinatawan ng kagawaran.

Ang impormasyong pangkalusugan (DOH) o medikal na impormasyong hawak ng DOH tungkol sa iyo ay protektado sa ilalim ng Batas sa Portabilidad at Pananagutan sa Insurance na Pangkalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ng 1996. Ang pederal na batas na ito ay nagbibigay sa iyo ng ilang partikular na karapatan tungkol sa kung paano ginagamit at isinisiwalat ang iyong impormasyong pangkalusugan. Ang batas ay nagbibigay-daan sa iyo na matukoy kung paano ginamit ng DOH ang iyong impormasyong pangkalusugan, at kung paano isinisiwalat ng DOH ang iyong impormasyong pangkalusugan sa labas ng DOH. Nililimitahan din ng batas ang pagpapalabas ng impormasyon tungkol sa iyo sa pinakamababang halaga na kinakailangan para sa layunin ng pagsisiwalat, at pinahihintulutan kang masuri at makakuha ng kopya ng iyong sariling mga talaang pangkalusugan at humiling ng mga pagwawasto sa mga talaang iyon.

Maaari kang makakuha ng elektronikong kopya ng Abiso ng mga Kasanayan sa Privacy sa

<https://health.alaska.gov/fms/Documents/DOH-Notice-of-Privacy-Practices.pdf> o maaari kang humiling ng isang naka-print na kopya sa pamamagitan ng pag-email sa: privacyofficial@alaska.gov o sa pamamagitan ng pagpapadala ng sulat sa: State of Alaska, DOH Privacy Official, P.O. Box 110650, Juneau, Alaska 99811-0650.

Alinsunod sa mga batas sa karapatang sibil ng pederal at sa mga regulasyon at patakaran ng Kagawaran ng Agrikultura ng U.S. (U.S. Department of Agriculture, USDA), ang USDA, ang mga ahensya, opisina, at empleyado nito, at ang mga institusyong lumalahok at nangangasiwa sa mga programa ng USDA ay pinagbabawalang magdiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinanggalingan, sex (kabilang na ang pagkakakilanlan ng kasarian at oryentasyong sekswal), paniniwalang panrelihiyon, kapansanan, edad, mga paniniwalang politikal, pagsumbong o pagganti para sa nakaraang aktibidad sa mga karapatang sibil sa anumang programa o aktibidad na isinasagawa o pinopondohan ng USDA. Ang mga programang tumatanggap ng tulong pinansyal ng pederal mula sa Kagawaran ng Serbisyon Pangkalusugan at Pantao (Health and Human Services, HHS) ng U.S., tulad ng Pansamantalang Tulong para sa Mahihirap na Pamilya (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), at mga programang direktang pinangangasiwaan ng HHS ay pinagbabawalan ding magdiskrimina sa ilalim ng mga batas sa karapatang sibil ng pederal at sa mga regulasyon ng HHS.

Ang USDA ay nagbibigay ng tulong pinansyal ng pederal para sa maraming programa sa seguridad ng pagkain at pagtugon sa gutom tulad ng Programang Tulong para sa Karagdagang Nutrisyon (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ang Programa ng Pamamahagi ng Pagkain sa Mga Reserbasyon ng Indian (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) at iba pa. Upang maghain ng reklamo sa programa kaugnay ng diskriminasyon, kumpletuhin ang Form ng Reklamo sa Diskriminasyon sa Programa, (AD-3027) (matatagpuan online sa: Paano Maghain ng Reklamo, at sa kahit saang tanggapan ng USDA) o sumulat sa USDA at banggitin ang lahat ng impormasyong hinihiling sa form. Para humiling ng kopya ng form ng reklamo, tumawag sa (866) 632-9992. Isumite ang iyong nakumpletong form o sulat sa USDA sa pamamagitan ng:

1. koreo: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. telepono: (833) 620-1071; o
4. email: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para sa iba pang impormasyon tungkol sa mga isyu ng SNAP, kailangang makipag-ugnayan sa numero ng hotline ng USDA SNAP sa (800) 221-5689, na nasa wika rin ng Espanyol, o tumawag sa mga numero ng impormasyon at hotline ng estado (i-click ang link para sa listahan ng mga numero ng hotline ayon sa estado); Hotline ng SNAP.

Basahin at panatilihin ang pahinang ito.

Ang HHS ay nagbibigay ng tulong pinansyal ng pederal para sa maraming programa para mapabuti ang kalusugan at kagalingan, kabilang na ang TANF, Head Start, ang Programang Tulong sa Enerhiya ng Bahay na May Mababang Kita (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP), at iba pa. Kung sa tingin mo ay nadiskrimina ka dahil sa iyong lahi, kulay, bansang pinanggalingan, kapansanan, edad, sex (kabilang na ang pagbubuntis, oryentasyong sekswal, at pagkakakilanlan ng kasarian), o relihiyon sa mga programa o aktibidad na direktang pinangangasiwaan ng HHS o kung saan nagbibigay ng tulong pinansyal ng pederal ang HHS, maaari kang maghain ng reklamo sa Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights, OCR) para sa iyong sarili o sa ibang tao.

Upang maghain ng isang reklamo ng diskriminasyon para sa iyong sarili o sa ibang tao tungkol sa isang programang tumatanggap ng tulong pinansyal ng pederal sa pamamagitan ng HHS, kumpletuhin ang form online sa pamamagitan ng Portal ng Reklamo ng OCR sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Maaari ka ring makipag-ugnayan sa OCR sa pamamagitan ng koreo sa: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; o email: OCRmail@hhs.gov. Para sa mas mabilis na pagproseso, hinihikayat ka naming gamitin ang online portal ng OCR sa paghahain ng mga reklamo imbes na maghain sa pamamagitan ng koreo. Ang mga taong nangangailangan ng tulong sa paghahain ng reklamo kaugnay ng mga karapatang sibil ay maaaring mag-email sa OCR sa OCRMail@hhs.gov o tumawag sa OCR nang walang bayad sa 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para sa mga taong bingi, mahina ang pandinig, o nahihirapan sa pagsasalita, paki-dial ang 7-1-1 para ma-access ang mga serbisyo ng telecommunications relay. Nagbibigay din kami ng mga alternatibong format (tulad ng Braille at malaking print), mga auxiliary aid at mga serbisyo ng tulong kaugnay ng wika na libre para sa paghahain ng reklamo. Ang institusyong ito ay tagapagbigay ng pantay na pagkakataon.

Paglabas

Ang iyong lagda sa aplikasyong ito ay nagbibigay ng pahintulot sa Pederal na Pinamamahalaang Merkado, Kagawaran ng Kalusugan, mga ahente nito, at sa Kagawaran ng Batas na humingi ng impormasyon tungkol sa iyong kalusugan, pananalapi, pamilya at personal na kasaysayan. Ang impormasyong ito ay pwedeng gamitin para matukoy ang iyong pagiging kwalipikado para sa mga programa ng pampublikong tulong at, kung ang isang pagsisiyasat sa pandaraya ay ilulunsad, sa administratibo o kriminal na mga pagsisiyasat sa iyong pagiging kwalipikado para sa mga benepisyo. Hindi ilalabas ang iyong impormasyon para sa iba pang dahilan o sa ibang tao o ahensya sa labas ng Pederal na Pinamamahalaang Merkado, Kagawaran ng Kalusugan, o mga kinatawan nito maliban kung iniutos ng batas. Ang Paglabas ng Impormasyon ay magkakabisa habang ikaw ay isang aplikante o tumatanggap ng pampublikong tulong, at para sa anumang mga pagsisiyasat sa hinaharap ng iyong pagiging kwalipikado at pagtanggap ng mga benepisyo.

Susuriin namin ang iyong mga sagot gamit ang impormasyon sa aming mga electronic database at database mula sa Internal Revenue Service (IRS), Social Security, Kagawaran ng Seguridad ng Bayan, at/o isang ahensyang nag-uulat ng consumer. Kung hindi tumugma ang impormasyon, maaari naming hilingin sa iyo na magpadala sa amin ng katibayan. Maaari rin kaming makipag-ugnayan sa ibang tao o samahan kabilang ang, ngunit hindi limitado sa: ang Korporasyon sa Pagpapautang para sa Pabahay sa Alaska, ang Department of Fish and Game, ang Kagawaran ng Paggawa, ang Kagawaran ng Batas, ang Kagawaran ng Mga Serbisyo para sa Militar at Beterano, ang Kagawaran ng Pampublikong Kaligtasan, ang Kagawaran ng Rentas, Mga Serbisyo sa Pagkamamamayan ng U.S. at Imigrasyon, mga employer, mga institusyong pampinansyal, mga landlord, mga lokal na pamahalaan, mga Native corporation, mga pribadong indibidwal, mga kontratista at pinagkakalooban ng programa sa pampublikong tulong, mga awtoridad ng paaralan, ang Pamahalaan ng Social Security, mga kumpanya ng stock brokerage, at mga tagasuri ng buwis. Kailangan namin ang impormasyong ito para suriin ang iyong pagiging kwalipikado para sa mga serbisyo ng pampublikong tulong at para sa tulong sa pagbabayad para sa saklaw pangkalusugan kung pipiliin mong mag-apply. Dagdag dito, ang impormasyong nakuha mula sa pagpapalabas na ito ay maaaring gamitin ng Kagawaran ng Kalusugan sa mga administratibong paglilitis laban sa iyo, at/o ng Kagawaran ng Batas sa mga kriminal na paglilitis laban sa iyo.

Basahin at panatilihin ang pahinang ito.

Ano ang mangyayari kung hindi ko susundin ang mga alituntunin?

Maaari kang makasuhan kung sadyang nagbibigay ka ng mali, hindi tama, o hindi kumpletong impormasyon para makuha o subukang makakuha ng mga benepisyo ng pampublikong tulong na hindi ka kwalipikado, o para matulungan ang tao na makakuha ng mga benepisyo na hindi sila kwalipikado. Dapat mong bayaran ang anumang benepisyo na hindi mo dapat natanggap.

Programang Tulong para sa Karagdagang Nutrisyon (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)	
<p>Naiintindihan ko na kung ako ay... Gumawa ng sinadyang paglabag sa Programang Tulong para sa Karagdagang Nutrisyon na tinukoy sa 7 CFR 273.16 o alinman sa mga sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • itago ang impormasyon o gumawa ng mga maling pahayag • gumamit ng electronic benefit transfer (EBT) card na pagmamay-ari ng ibang tao • gumamit ng mga benepisyo ng SNAP para makabili ng alak o tabako • i-trade o ibenta ang mga benepisyo o EBT card 	<p>Maaaring akong...</p> <ul style="list-style-type: none"> • mawalan ng mga benepisyo ng SNAP sa loob ng 12 buwan para sa unang paglabag at pagbayarin sa lahat ng benepisyong labis na binayaran sa akin • mawalan ng mga benepisyo ng SNAP sa loob ng 24 na buwan para sa pangalawang paglabag at pagbayarin sa lahat ng benepisyong labis na binayaran sa akin • permanenteng mawalan ng mga benepisyo ng SNAP para sa pangatlong paglabag at pagbayarin sa lahat ng benepisyong labis na binayaran sa akin • maaaring pagmultahin ng hanggang sa \$250,000.00, makulong ng hanggang sa 20 taon o pareho
<ul style="list-style-type: none"> • ipagpalit ang mga benepisyo ng SNAP para sa mga kinokontrol na substance, tulad ng mga droga 	<ul style="list-style-type: none"> • mawalan ng mga benepisyo ng SNAP sa loob ng 24 na buwan para sa unang paglabag • permanenteng mawalan ng mga benepisyo ng SNAP para sa pangalawang paglabag
<ul style="list-style-type: none"> • magbigay ng maling impormasyon tungkol sa kung sino ako at kung saan ako nakatira para makakuha ako ng mga karagdagang benepisyo 	<ul style="list-style-type: none"> • mawalan ng mga benepisyo ng SNAP sa loob ng 10 taon para sa bawat paglabag
<ul style="list-style-type: none"> • nahatulan ng pangangalakal o pagbebenta ng mga benepisyo ng SNAP na nagkakahalaga ng higit sa \$500, o pangangalakal ng mga benepisyo ng SNAP para sa mga baril, bala, o mga pampasabog 	<ul style="list-style-type: none"> • permanenteng pagbawalan sa pagtanggap ng mga benepisyo ng SNAP
Programang Pansamantalang Tulong ng Alaska	
<p>Naiintindihan ko na kung ako ay...</p> <ul style="list-style-type: none"> • gumawa ng sinadyang paglabag sa programa o ako ay nahatulan ng pandaraya • magbigay ng maling impormasyon tungkol sa kung sino ako at kung saan ako nakatira para makakuha ako ng mga karagdagang benepisyo • gumamit ng aking mga benepisyong pera ng ATAP o i-access ang mga ito sa anumang ATM na matatagpuan sa mga bar, tindahan ng alak, mga lugar ng sugalan o pangmatandang aliwan 	<p>Maaaring akong...</p> <ul style="list-style-type: none"> • mawalan ng mga benepisyo sa loob ng 6 na buwan para sa unang paglabag • mawalan ng mga benepisyo sa loob ng 12 buwan para sa pangalawang paglabag • permanenteng mawalan ng benepisyo para sa pangatlong paglabag • at maaari ding ilapat ang iba pang parusa at ako ay maaaring isailalim sa kriminal na pag-uusig • kailangang ibalik ang halagang natanggap kung mayroong sobrang bayad
Medicaid Program (Programang Medicaid)	
<p>Naiintindihan ko na kung ako ay...</p> <ul style="list-style-type: none"> • gumawa ng sinadyang paglabag o pag-abuso sa programa na nagreresulta sa maling paggamit o labis na paggamit sa mga benepisyo ng Medicaid o napatunayang nagkasala ng maling pag-uugali na nauugnay sa mga benepisyo ng Medicaid • gumawa ng pandaraya sa Medical Assistance sa ilalim ng AS 47.05.210 	<p>Maaaring akong...</p> <ul style="list-style-type: none"> • pagbayarin ng halaga ng mga serbisyo ng Medicaid na natanggap ko o ng sinuman sa aking sambayanan • hindi isama sa Medicaid nang hanggang 10 taon • pagbayarin ng multa na hanggang \$25,000 at isailalim sa kriminal na pag-uusig

Basahin at panatilihin ang pahinang ito.



Aplikasyon para sa Mga Serbisyo

Petsa ng Pagtanggap/Lagda ng
Ahente ng Bayad

Petsa ng Pagtanggap ng DPA

Anong uri ng tulong ang kailangan mo? Suriin ang mga programa o serbisyo na kailangan mo.

<input type="checkbox"/> Medicaid Denali Care at Denali KidCare	<input type="checkbox"/> Temporary Assistance (Pansamantalang Tulong) Buwanang perang bayad para sa mga kwalipikadong pamilya na may mga anak.
<input type="checkbox"/> Tulong Medikal para sa Pangmatagalan & Biglaang Karamdaman Limitadong medikal na saklaw para sa mga taong may partikular na sakit na hindi kwalipikado para sa Medicaid	<input type="checkbox"/> Pampublikong Tulong para sa Nasa Hustong Gulang <input type="checkbox"/> bulag o may kapansanan <input type="checkbox"/> tulong para sa matatanda
<input type="checkbox"/> Programang Tulong para sa Karagdagang Nutrisyon (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) Buwanang pagpapalabas para tumulong sa mga gastos sa pagkain. Importante: Pwede kang maging kwalipikado sa SNAP sa loob ng pitong araw - sagutin ang mga tanong sa ibaba.	<input type="checkbox"/> Tulong sa Pangkalahatang Kaginhawaan Emergency na tulong para sa mga kwalipikadong indibidwal at pamilya. <input type="checkbox"/> upa o mga kagamitan <input type="checkbox"/> gastos sa libing
<input type="checkbox"/> Iba Pang Serbisyo <input type="checkbox"/> Mga Benepisyo para sa Senior <input type="checkbox"/> Pangmatagalang Pangangalaga	

Sino ka? (Paki-print at gumamit ng mga legal na pangalan)

1. Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix		2. Iba pang Pangalan (pangalan noong dalaga, palayaw, atbp.)	
3. Address ng tirahan o mga direksyon papunta sa iyong bahay			4. Numero ng apartment o suite
5. Lungsod	6. Estado	7. ZIP code	
8. Mailing address (kung iba sa address ng tirahan)			9. Numero ng apartment o suite
10. Lungsod	11. Estado	12. ZIP code	
13. Numero ng telepono () -		14. Iba pang numero ng telepono () -	
15. Email address:		16. Iba pang email address:	
17. Ang English ba ang iyong pangunahing wika? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi, ano ang iyong pangunahing wika? _____ Kung hindi Ingles ang iyong pangunahing wika, nakakabasa at nakakasulat ka ba ng Ingles nang may sapat na kasanayan para maunawaan at maayos na mapunan ang aplikasyong ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi, tumawag sa 1-800-478-7778 at tutulungan ka namin sa form na ito at magbibigay ng tagapagsalin nang walang bayad.			
18. Mayroon bang sinuman sa iyong sambahayan ang nakatanggap ng pampublikong tulong (Pansamantalang Tulong, pera, SNAP, Medicaid, Programa ng Pamamahagi ng Pagkain sa Mga Reserbasyon ng Indian FDIPIR) sa Alaska o anupamang estado? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, sino, kailan, at saan? _____			
19. Sagutin ang mga tanong na ito para malaman kung makakakuha ka ng SNAP sa loob ng pitong araw			
a. Mayroon ka bang higit sa \$100 na hawak na pera o pera sa bangko?		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
b. Ang buwanang kabuuang kita ba ng iyong sambahayan (bago ang mga kaltas) ay mas mababa sa \$150?		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
c. Ang iyong mga gastos para sa renta/mortgage/mga utilidad ay higit pa sa iyong buwanang kabuuang kita, hawak na pera at pera sa bangko?		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	

Lumagda rito:

Petsa:

HAKBANG 2 Mga tao sa iyong sambahayan

Kumpletuhin para sa bawat tao sa iyong sambahayan.

Simulan sa iyong sarili at pagkatapos ay idagdag ang lahat ng iba pang miyembro ng iyong sambahayan, kabilang ang mga taong naninirahan sa iyo nang full-time at part-time. Para sa higit sa apat na tao, gumawa ng kopya ng mga blangkong pahina at ilakip. Ang mga miyembro ng pamilya na hindi nangangailangan ng saklaw na pangkalusugan o tulong pampubliko ay hindi kailangang magbigay ng katayuan sa imigrasyon o Social Security number.

20. Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix		21. Relasyon sa iyo? Sarili		
22. Social Security number	23. Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)	23a. Katayuan sa Pag-aasawa	24. Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	
25. Plano mo bang maghain ng pederal na income tax return SA SUSUNOD NA TAON? Maaari kang mag-apply para sa insurance na pangkalusugan kahit na hindi ka naghain ng tax return.		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi. Lumaktaw sa tanong C		
a. Maghahain ka ba kasama ang isang asawa?		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Pangalan ng asawa: _____				
b. Magke-claim ka ba ng sinumang dependent sa iyong tax return?		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Ilista ang (mga) pangalan ng dependent: _____				
c. Ike-claim ka ba bilang dependent sa tax return ng isang tao?		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Pakilista ang pangalan ng tagahain ng buwis: _____		Relasyon sa tagahain ng buwis? _____		
26. Buntis ka ba? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Ilang sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito? _____				
Nakatakdang petsa? _____				
27. Kailangan mo ba ng mga serbisyo ng pampublikong tulong para sarili mo? Kahit na mayroon kang insurance, maaaring mayroong programa na may mas mahusay na saklaw o mas mababang halaga.		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi. Laktawan ang mga tanong 28-37.		
28. Mayroon ka bang kondisyon ng kalusugan sa katawan, pag-iisip, o emosyon na nagdudulot ng mga limitasyon (tulad sa paliligo, pagbibihis, mga gawaing-bahay) o nakatira ka ba sa medikal na pasilidad o nursing home?				
29. Isa ka bang mamamayan o nasyonal ng U.S.? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
30. Kung hindi ka isang mamamayan o nasyonal ng U.S., mayroon ka bang karapat-dapat na katayuan sa imigrasyon? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
Punan ang iyong uri ng dokumento at numero ng ID sa ibaba.				
a. Uri ng dokumento ng imigrasyon: _____ Numero ng ID ng Dokumento: _____				
b. Tumira ka ba sa U.S. mula noong Agosto 22, 1996? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
c. Ikaw ba, ang iyong asawa, o magulang ay beterano o aktibong miyembro ng militar ng U.S.? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
31. Gusto mo ba ng tulong sa pagbabayad ng mga medikal na bayarin mula sa huling 3 buwan? Aling buwan? _____ <i>Kung ikaw ay miyembro ng tribo at tinitingnan sa pasilidad na medikal pangtribo sa nakalipas na tatlong buwan, pwede kang magkaroon ng mga gastos sa medikal na maaaring masakop ng retroactive na Medicaid.</i>				
32. Mayroon ka bang gastos sa medikal dahil sa isang aksidente? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
33. Naninirahan ka ba kasama ang isang batang wala pang 19 ang edad, kung saan ikaw ang pangunahing tagapag-alaga? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
34. Ikaw ba ay pumapasok sa isang institusyon sa mas mataas na edukasyon (pag-aaral pagkaraan ng high school)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
Full time o part time? _____				
35. Nasa foster care ka ba noong ikaw ay 18 taong gulang o mas matanda? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
36. Kung Hispanic/Latino, etnisidad (OPSYONAL—lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)				
<input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican American <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Iba pa _____				
37. Lahi (OPSYONAL—lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)				
<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> American Indian	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamese	<input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro
<input type="checkbox"/> Black o African American	<input type="checkbox"/> Asian Indian	<input type="checkbox"/> Japanese	<input type="checkbox"/> Iba pang Asian	<input type="checkbox"/> Samoan
<input type="checkbox"/> Alaska Native	<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Iba pang Pacific Islander
<input type="checkbox"/> Iba pa _____				

Boluntaryo ang impormasyon tungkol sa lahi at etnikong pinagmulan at hindi makakaapekto sa pagiging kwalipikado o sa mga halaga ng benepisyo. Ang impormasyong ito ay ginagamit para tiyaking ipinamamahagi ang mga benepisyo ng programa nang walang pagsasaalang-alang sa lahi, kulay o bansang pinagmulan. Para sa Tulong na Pagkain/SNAP, inaatasan kami ng Kagawaran ng Agrikultura ng Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) na sumagot para sa iyo kung walang impormasyong ibinigay.

Tao 2

Mga tao sa iyong sambahayan

Sagutin ang mga tanong para sa susunod na tao sa iyong sambahayan.

38. Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix _____ 39. Relasyon sa iyo? _____

39a. Ang tao bang ito ay full-time o part-time na miyembro ng iyong sambahayan? Full-time Part-time
Kung part-time, ilang porsyento ng oras naninirahan sa iyo ang taong ito? _____ % (1 - 100)

40. Numero ng Social Security _____ 41. Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy) _____ 41a. Katayuan sa Pag-aasawa _____ 42. Kasarian Lalaki Babae

43. Plano mo bang maghain ng pederal na income tax return SA SUSUNOD NA TAON? Maaari kang _____ Oo
mag-apply para sa insurance na pangkalusugan kahit na hindi ka naghain ng tax return. Hindi. Lumaktaw sa tanong C
a. Maghahain ka ba kasama ang isang asawa? Oo Hindi
Pangalan ng asawa: _____
b. I-c-claim mo ba ang sinumang dependent sa iyong tax return? Oo Hindi
Ilista ang (mga) pangalan ng dependent: _____
c. Ma-c-claim ka ba bilang isang dependent sa tax return ng isang tao? Oo Hindi
Pakilista ang pangalan ng tax filer: _____ Kaugnayan sa tax filer? _____

44. Buntis ka ba? Oo Hindi Ilang sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito? _____ Nakatakdang petsa? _____

45. Kailangan mo ba ng mga serbisyo ng pampublikong tulong para sarili mo? Kahit na mayroon kang _____ Oo
insurance, maaaring mayroong programa na may mas mahusay na saklaw o mas mababang halaga. Hindi. Laktawan ang mga tanong 46-55.

46. Mayroon ka bang kondisyon ng kalusugan sa katawan, pag-iisip, o emosyon na nagdudulot ng mga limitasyon _____ Oo Hindi
(tulad sa paliligo, pagbibihis, mga gawaing-bahay) o nakatira ka ba sa medikal na pasilidad o nursing home?

47. Isa ka bang mamamayan o nasyonal ng U.S.? _____ Oo Hindi

48. Kung hindi ka isang mamamayan o nasyonal ng U.S., mayroon ka bang karapat-dapat na katayuan sa imigrasyon? _____ Oo Hindi
Punan ang iyong uri ng dokumento at numero ng ID sa ibaba.
a. Uri ng dokumento ng imigrasyon: _____ Numero ng ID ng Dokumento: _____
b. Tumira ka ba sa U.S. mula noong Agosto 22, 1996? Oo Hindi
c. Ikaw ba, ang iyong asawa, o magulang ay beterano o aktibong miyembro ng militar ng U.S.? Oo Hindi

49. Gusto mo ba ng tulong sa pagbabayad ng mga medikal na bayarin mula sa huling 3 buwan? Aling buwan? _____ Oo Hindi
Kung ikaw ay miyembro ng tribo at nakita na sa pasilidad na medikal pangtribo sa nakalipas na tatlong buwan, pwede kang magkaroon ng mga gastos sa medikal na maaaring masakop ng retroactive na Medicaid.

50. Mayroon ka bang gastos sa medikal dahil sa isang aksidente? _____ Oo Hindi

51. Naninirahan ka ba kasama ang isang batang wala pang 19 ang edad, kung saan ikaw ang pangunahing tagapag-alaga? _____ Oo Hindi

52. Ikaw ba ay pumapasok sa isang institusyon sa mas mataas na edukasyon (pag-aaral pagkaraan ng high school)? Oo Hindi
Full time o part time? _____

53. Nasa foster care ka ba noong ikaw ay 18 taong gulang o mas matanda? _____ Oo Hindi

54. **Kung Hispanic/Latino, etnisidad (OPSYONAL—lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)**
 Mexican Mexican American Chicano/a Puerto Rican Cuban Iba pa _____

55. **Lahi (OPSYONAL—lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)**
 White American Indian Filipino Vietnamese Guamanian o Chamorro
 Black o African American Asian Indian Japanese Iba pang Asian Samoan
 Alaska Native Chinese Korean Native Hawaiian Iba pang Pacific Islander
 Iba pa _____

Boluntaryo ang impormasyon tungkol sa lahi at etnikong pinagmulan at hindi makakaapekto sa pagiging kwalipikado o sa mga halaga ng benepisyo. Ang impormasyong ito ay ginagamit para tiyaking ipinamamahagi ang mga benepisyo ng programa nang walang pagsasaalang-alang sa lahi, kulay o bansang pinagmulan. Para sa Tulong na Pagkain/SNAP, inaatasan kami ng Kagawaran ng Agrikultura ng Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) na sumagot para sa iyo kung walang impormasyong ibinigay.

Tao 3

Mga tao sa iyong sambahayan

Sagutin ang mga tanong para sa susunod na tao sa iyong sambahayan.

56. Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix _____ 57. Relasyon sa iyo? _____

57a. Ang tao bang ito ay full-time o part-time na miyembro ng iyong sambahayan? Full-time Part-time
Kung part-time, ilang porsyento ng oras naninirahan sa iyo ang taong ito? _____ % (1 - 100)

58. Numero ng Social Security _____ 59. Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy) _____ 59a. Katayuan sa Pag-aasawa _____ 60. Kasarian Lalaki Babae

61. Plano mo bang maghain ng pederal na income tax return SA SUSUNOD NA TAON? Maaari kang _____ Oo
mag-apply para sa insurance na pangkalusugan kahit na hindi ka naghain ng tax return. Hindi. Lumaktaw sa tanong C
a. Maghahain ka ba kasama ang isang asawa? Oo Hindi
Pangalan ng asawa: _____
b. I-c-claim mo ba ang sinumang dependent sa iyong tax return? Oo Hindi
Ilista ang (mga) pangalan ng dependent: _____
c. Ma-c-claim ka ba bilang isang dependent sa tax return ng isang tao? Oo Hindi
Pakilista ang pangalan ng tax filer: _____ Kaugnayan sa tax filer? _____

62. Buntis ka ba? Oo Hindi Ilang sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito? _____ Nakatakdang petsa? _____

63. Kailangan mo ba ng mga serbisyo ng pampublikong tulong para sarili mo? Kahit na mayroon kang _____ Oo
insurance, maaaring mayroong programa na may mas mahusay na saklaw o mas mababang halaga. Hindi. Laktawan ang mga tanong 64-73.

64. Mayroon ka bang kondisyon ng kalusugan sa katawan, pag-iisip, o emosyon na nagdudulot ng mga limitasyon _____ Oo Hindi
(tulad sa paliligo, pagbibihis, mga gawaing-bahay) o nakatira ka ba sa medikal na pasilidad o nursing home?

65. Isa ka bang mamamayan o nasyonal ng U.S.? _____ Oo Hindi

66. Kung hindi ka isang mamamayan o nasyonal ng U.S., mayroon ka bang karapat-dapat na katayuan sa imigrasyon? _____ Oo Hindi
Punan ang iyong uri ng dokumento at numero ng ID sa ibaba.
a. Uri ng dokumento ng imigrasyon: _____ Numero ng ID ng Dokumento: _____
b. Tumira ka ba sa U.S. mula noong Agosto 22, 1996? Oo Hindi
c. Ikaw ba, ang iyong asawa, o magulang ay beterano o aktibong miyembro ng militar ng U.S.? Oo Hindi

67. Gusto mo ba ng tulong sa pagbabayad ng mga medikal na bayarin mula sa huling 3 buwan? Aling buwan? _____ Oo Hindi
Kung ikaw ay miyembro ng tribo at tinitingnan sa pasilidad na medikal pangtribo sa nakalipas na tatlong buwan, pwede kang magkaroon ng mga gastos sa medikal na maaaring masakop ng retroactive na Medicaid.

68. Mayroon ka bang gastos sa medikal dahil sa isang aksidente? _____ Oo Hindi

69. Naninirahan ka ba kasama ang isang batang wala pang 19 ang edad, kung saan ikaw ang pangunahing tagapag-alaga? _____ Oo Hindi

70. Ikaw ba ay pumapasok sa isang institusyon sa mas mataas na edukasyon (pag-aaral pagkaraan ng high school)? Oo Hindi
Full time o part time? _____

71. Nasa foster care ka ba noong ikaw ay 18 taong gulang o mas matanda? _____ Oo Hindi

72. **Kung Hispanic/Latino, etnisidad (OPSYONAL—lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)**
 Mexican Mexican American Chicano/a Puerto Rican Cuban Iba pa _____

73. **Lahi (OPSYONAL—lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)**
 White American Indian Filipino Vietnamese Guamanian o Chamorro
 Black o African American Asian Indian Hapon Iba pang Asian Samoan
 Alaska Native Chinese Korean Native Hawaiian Iba pang Pacific Islander
 Iba pa _____

Boluntaryo ang impormasyon tungkol sa lahi at etnikong pinagmulan at hindi makakaapekto sa pagiging kwalipikado o sa mga halaga ng benepisyo. Ang impormasyong ito ay ginagamit para tiyaking ipinamamahagi ang mga benepisyo ng programa nang walang pagsasaalang-alang sa lahi, kulay o bansang pinagmulan. Para sa Tulong na Pagkain/SNAP, inaatasan kami ng Kagawaran ng Agrikultura ng Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) na sumagot para sa iyo kung walang impormasyong ibinigay.

Tao 4

Mga tao sa iyong sambahayan

Sagutin ang mga tanong para sa susunod na tao sa iyong sambahayan.

74. Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix _____ 75. Relasyon sa iyo? _____

75a. Ang tao bang ito ay full-time o part-time na miyembro ng iyong sambahayan? Full-time Part-time
Kung part-time, ilang porsyento ng oras naninirahan sa iyo ang taong ito? _____ % (1 - 100)

76. Social Security number _____ 77. Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy) _____ 77a. Katayuan sa Pag-aasawa _____ 78. Kasarian Lalaki Babae

79. Plano mo bang maghain ng pederal na income tax return SA SUSUNOD NA TAON? Maaari kang _____ Oo
mag-apply para sa insurance na pangkalusugan kahit na hindi ka naghain ng tax return. Hindi. Lumaktaw sa tanong C
a. Maghahain ka ba kasama ang isang asawa? Oo Hindi
Pangalan ng asawa: _____
b. Magke-claim ka ba ng sinumang dependent sa iyong tax return? Oo Hindi
Ilista ang (mga) pangalan ng dependent: _____
c. Ike-claim ka ba bilang dependent sa tax return ng isang tao? Oo Hindi
Pakilista ang pangalan ng tagahain ng buwis: _____ Relasyon sa tagahain ng buwis? _____

80. Buntis ka ba? Oo Hindi Ilang sanggol ang inaasahan sa pagbubuntis na ito? _____ Nakatakdang petsa? _____

81. Kailangan mo ba ng mga serbisyo ng pampublikong tulong para sarili mo? Kahit na mayroon kang _____ Oo
insurance, maaaring mayroong programa na may mas mahusay na saklaw o mas mababang halaga. Hindi. Laktawan ang mga tanong 82-91.

82. Mayroon ka bang kondisyon ng kalusugan sa katawan, pag-iisip, o emosyon na nagdudulot ng mga limitasyon _____ Oo Hindi
(tulad sa paliligo, pagbibihis, mga gawaing-bahay) o nakatira ka ba sa medikal na pasilidad o nursing home?

83. Isa ka bang mamamayan o nasyonal ng U.S.? _____ Oo Hindi

84. Kung hindi ka isang mamamayan o nasyonal ng U.S., mayroon ka bang karapat-dapat na katayuan sa imigrasyon? _____ Oo Hindi
Punan ang iyong uri ng dokumento at numero ng ID sa ibaba.
a. Uri ng dokumento ng imigrasyon: _____ Numero ng ID ng Dokumento: _____
b. Tumira ka ba sa U.S. mula noong Agosto 22, 1996? Oo Hindi
c. Ikaw ba, ang iyong asawa, o magulang ay beterano o aktibong miyembro ng militar ng U.S.? Oo Hindi

85. Gusto mo ba ng tulong sa pagbabayad ng mga medikal na bayarin mula sa huling 3 buwan? Aling buwan? _____ Oo Hindi
Kung ikaw ay miyembro ng tribo at nakita na sa pasilidad na medikal pangtribo sa nakalipas na tatlong buwan, pwede kang magkaroon ng mga gastos sa medikal na maaaring masakop ng retroactive na Medicaid.

86. Mayroon ka bang gastos sa medikal dahil sa isang aksidente? _____ Oo Hindi

87. Naninirahan ka ba kasama ang isang batang wala pang 19 ang edad, kung saan ikaw ang pangunahing tagapag-alaga? _____ Oo Hindi

88. Ikaw ba ay pumapasok sa isang institusyon sa mas mataas na edukasyon (pag-aaral pagkaraan ng high school)? Oo Hindi
Full time o part time? _____

89. Nasa foster care ka ba noong ikaw ay 18 taong gulang o mas matanda? _____ Oo Hindi

90. **Kung Hispanic/Latino, etnisidad (OPSYONAL—lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)**
 Mexican Mexican American Chicano/a Puerto Rican Cuban Iba pa _____

91. **Lahi (OPSYONAL—lagyan ng check ang lahat ng naaangkop.)**
 White American Indian Filipino Vietnamese Guamanian o Chamorro
 Black o African American Asian Indian Japanese Iba pang Asian Samoan
 Alaska Native Chinese Korean Native Hawaiian Iba pang Pacific Islander
 Iba pa _____

Boluntaryo ang impormasyon tungkol sa lahi at etnikong pinagmulan at hindi makakaapekto sa pagiging kwalipikado o sa mga halaga ng benepisyo. Ang impormasyong ito ay ginagamit para tiyaking ipinamamahagi ang mga benepisyo ng programa nang walang pagsasaalang-alang sa lahi, kulay o bansang pinagmulan. Para sa Tulong na Pagkain/SNAP, inaatasan kami ng Kagawaran ng Agrikultura ng Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) na sumagot para sa iyo kung walang impormasyong ibinigay.

HAKBANG 3 Kita sa iyong sambahayan

Kung kailangan mo ng karagdagang espasyo, maglakip ng isa pang papel na nagbibigay ng lahat ng impormasyong itinanong sa ibaba. Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong kita.

TRABAHO 1

92. Pangalan (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido)	a. Pangalan ng Employer:
b. Address ng Employer:	
c. Numero ng Telepono ng Employer:	d. Pangalan ng Superbisor:
e. Mga sahod / tip (bago ang buwis):	f. Karaniwang oras bawat LINGGO
g. Gaano kadalas ka binabayaran: <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Bawat 2 Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses Buwan-buwan <input type="checkbox"/> Buwanan <input type="checkbox"/> Taon-taon <input type="checkbox"/> Iba pa	

TRABAHO 2

93. Pangalan (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido)	a. Pangalan ng Employer:
b. Address ng Employer:	
c. Numero ng Telepono ng Employer:	d. Pangalan ng Superbisor:
e. Mga sahod / tip (bago ang buwis):	f. Karaniwang oras bawat LINGGO
g. Gaano kadalas ka binabayaran: <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Bawat 2 Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses Buwan-buwan <input type="checkbox"/> Buwanan <input type="checkbox"/> Taon-taon <input type="checkbox"/> Iba pa	

TRABAHO 3

94. Pangalan (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido)	a. Pangalan ng Employer:
b. Address ng Employer:	
c. Numero ng Telepono ng Employer:	d. Pangalan ng Superbisor:
e. Mga sahod / tip (bago ang buwis):	f. Karaniwang oras bawat LINGGO
g. Gaano kadalas ka binabayaran: <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Bawat 2 Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses Buwan-buwan <input type="checkbox"/> Buwanan <input type="checkbox"/> Taon-taon <input type="checkbox"/> Iba pa	

TRABAHO 4

95. Pangalan (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido)	a. Pangalan ng Employer:
b. Address ng Employer:	
c. Numero ng Telepono ng Employer:	d. Pangalan ng Superbisor:
e. Mga sahod / tip (bago ang buwis):	f. Karaniwang oras bawat LINGGO
g. Gaano kadalas ka binabayaran: <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Bawat 2 Linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses Buwan-buwan <input type="checkbox"/> Buwanan <input type="checkbox"/> Taon-taon <input type="checkbox"/> Iba pa	

Pakisagutan ang mga sumusunod na tanong tungkol sa kita.

96. Para sa mga self-employed na miyembro ng sambahayan, pakisagutan ang mga sumusunod na tanong (kung mayroon kang mas maraming trabaho at kailangan mo ng karagdagang espasyo, maglakip ng isa pang papel).

a. Isama ang pera mula sa lahat ng trabaho bilang self-employed na natanggap ngayong buwan o matatanggap sa susunod na buwan. Pakilagyan ng check ang lahat ng naaangkop na kahon.

<input type="checkbox"/> B&B/Pagpaparenta ng mga Kwarto	<input type="checkbox"/> Mga Likha/Ukit	<input type="checkbox"/> Mga Kung Ano-anong Trabaho	<input type="checkbox"/> Pagmamaneho ng Taxi
<input type="checkbox"/> Karpintero	<input type="checkbox"/> Komersyal na Pangingsda	<input type="checkbox"/> Nagkukumpuni	<input type="checkbox"/> Pagbibitag
<input type="checkbox"/> Pag-aalaga ng Bata	<input type="checkbox"/> Pamahalaan ang Pagpapauapa ng Ari-arian	<input type="checkbox"/> Tagabenta	<input type="checkbox"/> Iba pa

Para sa lahat ng item na may check sa bahagi a, pakipunan ang mga kahon sa ibaba:

Miyembro ng Sambahayan Sino ang Self-Employed	Uri ng Negosyo	Pana panahon, Buong Taon	Kita sa Negosyo Sa Buwan Na Ito	Kita sa Negosyo Susunod na Buwan	Mga Gastos sa Negosyo Sa Buwan Na Ito	Mga Gastos sa Negosyo Susunod na Buwan
Halimbawa: Joe Smith	Pangingisda	Pana-panahon	\$900	\$900	\$100	\$100

97. Sa nakalipas na 2 buwan, mayroon bang sinuman sa sambahayan ang: Magpalit ng trabaho Tumigil sa pagtatrabaho
 Magsimulang magtrabaho sa mas kaunting oras Wala sa mga ito

(Mga) Pangalan: _____

98. IBA PANG KITA: Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at magbigay ng pangalan ng tao, halaga ng natanggap, at kung gaano kadalas ito natatanggap.

TANDAAN: Para sa mga aplikasyon lamang ng Insurance na Pangkalusugan, hindi mo kailangang sabihin sa amin ang tungkol sa suporta sa anak, pagbabayad ng Beterano o Karagdagang Kita para sa Seguridad (Supplemental Security Income, SSI).

<input type="checkbox"/> Sustento	<input type="checkbox"/> Netong Upa/Royalty	<input type="checkbox"/> Pangingisda gamit ang Lambat/Pagsasaka
<input type="checkbox"/> Suporta sa Anak	<input type="checkbox"/> Mga Benepisyo sa Pensiyon/Pagreretiro	<input type="checkbox"/> Mga Benepisyo ng Social Security
<input type="checkbox"/> Mga Benepisyo para sa Kawalan ng Trabaho	<input type="checkbox"/> Karagdagang Kita para sa Seguridad	<input type="checkbox"/> Kabayaran ng Manggagawa
<input type="checkbox"/> Virtual currency/Cryptocurrency	<input type="checkbox"/> Mga Benepisyo ng Beterano	<input type="checkbox"/> Iba pa _____

Para sa lahat ng item na naka-check sa itaas, pakipunan ang mga kahon sa ibaba:

Sino ang Tumatanggap ng Bayad?	Uri ng Pagbabayad	Halaga Sa Buwan Na Ito	Inaasahang Halaga Susunod na Buwan	Gaano Kadalas?
Halimbawa: Joe Smith	Kawalan ng trabaho	\$400	\$400	Bawat 2 linggo

99. MGA BAWAS: Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at magbigay ng pangalan ng tao, halaga ng natanggap, at kung gaano kadalas ito natatanggap.

Kung ang miyembro ng sambahayan ay nagbabayad para sa ilang bagay na maaaring ibawas sa isang pederal na income tax return, ang pagsasabi sa amin tungkol sa mga ito ay pwedeng magpapaba ng halaga ng insurance na pangkalusugan.

TANDAAN: Hindi mo dapat isama ang gastos na naisip mo na sa iyong mga sagot sa netong sariling hanapbuhay (tanong 29).

<input type="checkbox"/> Sustento	(Mga) Pangalan _____	\$ _____	Gaano kadalas? _____
<input type="checkbox"/> Interes sa pautang ng mag-aaral	(Mga) Pangalan _____	\$ _____	Gaano kadalas? _____
<input type="checkbox"/> Iba pang mga pagbawas	(Mga) Pangalan _____	\$ _____	Gaano kadalas? _____

Uri: _____

100. TAUNANG KITA: Kumpletuhin lamang kung ang kita na iyong inilista ay nagbabago bawat buwan.

Pangalan ng (mga) tao _____ Kabuuang kita ngayong taon \$ _____ Sa susunod na taon (kung iba) \$ _____

Pangalan ng (mga) tao _____ Kabuuang kita ngayong taon \$ _____ Sa susunod na taon (kung iba) \$ _____

101. Ang sinumang taong nag-a-apply para sa insurance na pangkalusugan o mga serbisyo ng pampublikong tulong ay umaasa ng anumang pagbabago sa alinman sa kanilang kita o trabaho (bagong kita o trabahong hindi ibinigay)? Oo Hindi

Kung oo, pakipaliwanag: _____

HAKBANG 4 Mga miyembro ng pamilya na Alaska Native o Amerikanong Indian (AN/AI).

102. Ikaw ba o sinuman sa iyong pamilya ay Alaska Native o Amerikanong Indian?

Hindi, lumaktaw sa Hakbang 5. Oo, pakikumpleto ang Appendix B.

HAKBANG 5 Saklaw Pangkalusugan ng Iyong Pamilya

Sagutin ang mga tanong na ito para sa sinumang nangangailangan ng saklaw pangkalusugan.

103. Mayroon bang nakatala sa saklaw pangkalusugan mula sa sumusunod: Oo Hindi

Pakilagyan ng check ang uri ng saklaw at isulat ang (mga) pangalan ng (mga) tao sa tabi ng saklaw na mayroon sila.

Insurance ng Employer ng _____ Medicaid: _____

Medicare _____ Pangalan ng insurance na pangkalusugan: _____

Numero ng Policy ng (huwag lagyan ng check kung mayroon kang direktang pangangalaga o linya ng tungkulin) _____

TRICARE: _____

Isa ba itong saklaw ng COBRA? Oo Hindi

Ito ba ay planong pangkalusugan ng nagreretiro? Oo Hindi RIN: _____

Iba pa: Pangalan ng may insurance: _____ Peace Corps _____

Numero ng policy: _____ Pangangalaga sa kalusugan ng VA

Pangalan ng insurance na pangkalusugan: _____

Ito ba ay isang plan na may limitadong benepisyo (tulad ng policy sa aksidente sa paaralan)? Oo Hindi

104. Mayroon bang nakalista sa aplikasyong ito na inalok ng saklaw pangkalusugan mula sa isang trabaho? Lagyan ng check ang oo kung ang saklaw ay mula sa trabaho ng ibang tao, gaya ng magulang o asawa.

Oo. Pakikumpleto at isama ang Appendix A.

Hindi.

HAKBANG 6

Laktawan ang HAKBANG 7 kung nag-a-apply ka lamang para sa mga benepisyo ng MAGI Medicaid. Dapat mong kumpletuhin ang HAKBANG 7 kung ikaw ay nag-a-apply para sa Medicaid na may kaugnayan sa kapansanan o anumang iba pang programa ng Pampublikong Tulong.

HAKBANG 7 Mga Asset, Gastos, Mapagkukunan, at Iba pa

Kung kailangan mo ng karagdagang espasyo, maglakip ng isa pang papel na nagbibigay ng lahat ng impormasyong itinanong sa ibaba.

105. Ang sinumang taong nag-a-apply para sa insurance na pangkalusugan o iba pang serbisyo ng pampublikong tulong ay nagmamay-ari ng anumang ari-arian tulad ng bahay, lupa, apartment, mobile home, duplex, condo, camper o cabin? Oo Hindi

Kung oo, kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba. Isama ang anumang ari-arian na binayaran, kasalukuyang binabayaran, o pag-aari ng iba.

Sino ang May ari ng Ari arian?	Uri ng Ari arian na Pag-aari	Tinantyang Halaga	Halaga ng Inutang
Halimbawa: Joe Smith	Condo	\$75,000	\$70,000

106. Ikaw ba, o sinumang nakatira kasama mo, ay nagmamay-ari ng anumang sasakyan tulad ng kotse, trak, motorsiklo, bangka, snowmobile, personal na sasakyang pantubig, sasakyang panghimpapawid, sasakyang panlibangan (recreational vehicle, RV) o all-terrain na sasakyan (ATV)?

Oo Hindi

Pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba. Isama ang anumang sasakyan na binayaran, kasalukuyang binabayaran, o pag-aari ng iba. Isama rin ang mga sasakyang hindi tumatakbo o hindi mo ginagamit.

Sino ang May ari ng Sasakyan?	Uri ng Sasakyan, Modelo at Taon	Para saan ang Sasakyan?	Tinantyang Halaga	Halaga ng Kasalukuyang Utang
Halimbawa: Joe Smith	1987 Ford Escort	Trabaho	\$800	\$200

107. Ikaw ba, o sinumang nakatira sa iyo, ay may alinman sa mga item sa ibaba?

Oo Hindi

Lagyan ng check ang mga kahon na naaangkop. Isama ang mga item na pagmamay-ari ng ibang tao at mga account na walang pera sa mga ito ngayon.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mga kinikita sa isang taon | <input type="checkbox"/> Savings Plan para sa Kolehiyo | <input type="checkbox"/> Trust o ABLE Account | <input type="checkbox"/> Savings Account |
| <input type="checkbox"/> Kasunduan ng Policy para sa Paglilibing | <input type="checkbox"/> Mga Credit Union Account | <input type="checkbox"/> Mga Share ng Native Corporation | <input type="checkbox"/> Mga Stock/Bond |
| <input type="checkbox"/> Hawak na Pera | <input type="checkbox"/> Pahintulot sa Komersyal na Pangangisda | <input type="checkbox"/> Plano ng Pensiyon | <input type="checkbox"/> Virtual currency/Cryptocurrency |
| <input type="checkbox"/> Sertipiko ng Deposito | <input type="checkbox"/> IRA Account | <input type="checkbox"/> Mga Pondo sa Pagreretiro | <input type="checkbox"/> Iba pa |
| <input type="checkbox"/> Checking Account | <input type="checkbox"/> Policy sa Life Insurance | <input type="checkbox"/> Safe Deposit Box | |

108. Para sa lahat ng item na may check sa itaas, pakipunan ang mga kahon sa ibaba:

Sino ang May ari ng Item?	Uri ng Item	Saan Ginanap?	Numero ng Account	Kabuuang Halaga/Balanse
Halimbawa: Jane Smith	Checking Account	Frontier Bank	452231	\$300

109. Ikaw ba, o sinuman sa iyong sambahayan, ay nagbenta, nagbigay, o naglipat ng anumang ari-arian, sasakyan o iba pang mapagkukunan sa nakalipas na limang taon?

Oo, pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba. Hindi

Sino ang Nagmamay ari Nito?	Sasakyan, Ari arian, o Mapagkukunan	Nabenta, Nagbigay, o Naglipat?	Kailan?	Tinatantya Halaga
Halimbawa: Joe Smith	Trak	Ibigay	Mayo 2005	\$4,000

Mga gastos

110. Ano ang iyong gastos sa tirahan? Lagyan ng check ang mga kahon na naaangkop at punan ang halaga na kailangan mong bayaran.

Huwag maglagay ng mga halagang binayaran ng tulong sa pabahay gaya ng HUD, ASHA, AHFC o Seksyon 8.

- Renta \$ _____ bawat buwan Mobile Home Lot o Upa sa Espasyo \$ _____ bawat buwan
 Mortgage \$ _____ bawat buwan

111. Anong mga gastos sa tirahan ang sinisingil nang hiwalay sa iyong renta o mortgage?

- Insurance sa Bahay/Nangungupahan \$ _____ bawat _____ Mga Buwis sa Ari-arian \$ _____ bawat _____
 Mga Bayarin sa Condo/Asosasyon \$ _____ bawat _____ Iba pa (tulad ng mga deposito) \$ _____ bawat _____

112. Lagyan ng check ang mga kahon sa tabi ng mga utility bill na pananagutan ng iyong sambahayan sa pagbabayad buwan-buwan:

- Init (tulad ng gas, de kuryente, propane, kahoy, atbp.) \$ _____ Alkantariya \$ _____ Telepono \$ _____
 Tubig \$ _____ Kuryente \$ _____ Basura \$ _____ Iba pa \$ _____

113. Tumatanggap ba ang iyong sambahayan ng LIHEAP o inaasahan ba ng iyong sambahayan na makatanggap ng LIHEAP? Oo Hindi

114. Nagtatrabaho ba ang sinumang tao o humihingi ng tulong sa pagkain, tirahan, mga utilidad, o iba pang mga gastos na hindi binabayaran ng salapi?

- Oo Hindi

Pakipaliwanag: _____

115. Tumutulong ba ang isang tao o ahensya na bayaran ang lahat o bahagi ng iyong mga gastos sa tirahan (tulad ng tulong sa pabahay o pagpinit)?

- Oo Hindi

Sino ang nagbabayad? _____ Anong gastos? _____ Halagang ibinayad? _____

116. Mayroon bang sinuman sa iyong sambahayan ang may mga gastos sa pangangalaga sa bata, matatanda o may kapansanan? Oo Hindi

Sino ang responsable sa pagbabayad? _____ Para kanino ito? _____ Buwanang Halaga \$ _____

117. Mayroon bang sinumang nagbabayad sa iyong sambahayan sa suporta sa bata?

- Oo Hindi

Sino ang nagbabayad? _____ Buwanang Halaga \$ _____

118. Mayroon bang sinuman sa iyong sambahayan na may kapansanan o edad 60 o mas matanda, ay may mga gastusing medikal? Oo Hindi

Sino ang may gastos? _____ Buwanang Halaga \$ _____

Ang hindi pag-uulat o pagberipika sa alinman sa mga nakalistang gastos sa itaas ay makikita bilang isang pahayag ng iyong sambahayan na hindi mo nais na makatanggap ng kaltas para sa hindi naiulat na gastos.

Mga Hatol sa Mabigat na Krimen

119. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nakulong dahil sa paggawa ng maling pahayag tungkol sa kung saan sila nakatira para makatanggap ng tulong mula sa dalawa o higit pang estado sa parehong oras? Oo Hindi

120. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulang nagmamay-ari, gumagamit, o namamahagi ng isang kontroladong substance pagkaraan ng Agosto 22, 1996? Oo Hindi

120a. Sila ba ay naglilingkod o matagumpay na nakumpleto ang panahon ng probasyon o parol? Oo Hindi

120b. Nasa proseso ba sila ng paglilingkod o matagumpay na nakumpleto ang iniuutos na paglahok sa isang programa para sa paggamot sa droga o alkohol? Oo Hindi

120c. Nagsagawa ba sila ng aksyon tungo sa rehabilitasyon, kabilang ang paglahok sa isang programa para sa paggamot sa droga o alkohol? Oo Hindi

120d. Matagumpay ba silang sumusunod sa mga kinakailangan ng kanilang planong muling pagpasok? Oo Hindi

121. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay tumatakas mula sa pag-uusig, kustodiya, o pagkakakulong para sa isang mabigat na krimen o class A na maliit na kasalanan mula sa anumang Estado, o kasalukuyang lumalabag sa mga kondisyon ng parol o probasyon? Oo Hindi

122. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan na sa pangangalakal ng mga benepisyo ng SNAP para sa mga gamot pagkaraan ng Setyembre 22, 1996? Oo Hindi

123. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan na ng pagbili o pagbebenta ng mga benepisyo ng SNAP na higit sa \$500 pagkaraan ng Setyembre 22, 1996? Oo Hindi

124. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan na ng mapanlinlang na pagtanggap ng mga duplicate na benepisyo ng SNAP sa alinmang Estado pagkaraan ng Setyembre 22, 1996? Oo Hindi

125. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan na sa pangangalakal ng mga benepisyo ng SNAP para sa mga baril, bala, o pampasabog pagkaraan ng Setyembre 22, 1996? Oo Hindi

126. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan na ng pinalalang sekswal na pang-aabuso, pagpatay, sekswal na pagsasamantala at pang-aabuso sa mga bata, o sekswal na pag-atake noong o pagkaraan ng Pebrero 7, 2014? Oo Hindi

126a. Sila ba ay naglilingkod na o matagumpay nilang nakumpleto ang panahon ng probasyon o parol? Oo Hindi

126b. Matagumpay ba silang sumusunod sa mga kinakailangan ng kanilang planong muling pagpasok? Oo Hindi

HAKBANG 8 Paglabas ng Impormasyon

Ang iyong lagda ay nagbibigay ng pahintulot sa Pederal na Pinamamahalaang Merkado, Kagawaran ng Kalusugan, mga ahente nito, at sa Kagawaran ng Batas na humingi ng impormasyon tungkol sa iyong kalusugan, pananalapi, pamilya at personal na kasaysayan. Ang impormasyong ito ay pwedeng gamitin para matukoy ang iyong pagiging kwalipikado para sa mga programa ng pampublikong tulong at, kung ang isang pagsisiyasat sa pandaraya ay ilulunsad, sa administratibo o kriminal na mga pagsisiyasat sa iyong pagiging kwalipikado para sa mga benepisyo. Hindi ilalabas ang iyong impormasyon para sa iba pang dahilan o sa ibang tao o ahensya sa labas ng Pederal na Pinamamahalaang Merkado, Kagawaran ng Kalusugan, o mga kinatawan nito maliban kung iniutos ng batas. Ang Paglabas ng Impormasyon ay magkakabisa habang ikaw ay isang aplikante o tumatanggap ng pampublikong tulong, at para sa anumang pagsisiyasat sa hinaharap ng iyong pagiging kwalipikado at pagtanggap ng mga benepisyo.

Susuriin namin ang iyong mga sagot gamit ang impormasyon sa aming mga electronic database at database mula sa Internal Revenue Service (IRS), Social Security, Kagawaran ng Seguridad ng Bayan, at/o isang ahensyang nag-uulat ng consumer. Kung hindi tumugma ang impormasyon, maaari naming hilingin sa iyo na magpadala sa amin ng katibayan. Maaari rin kaming makipag-ugnayan sa ibang tao o samahan kabilang ang, ngunit hindi limitado sa: ang Alaska Housing Finance Corporation, ang Department of Fish and Game, ang Department of Labor, ang Department of Law, ang Department of Military and Veterans Affairs, ang Department of Public Safety, ang Department of Revenue, U.S. Citizenship and Immigration Services, mga employer, mga institusyong pampinansyal, mga landlord, mga lokal na pamahalaan, mga Native corporation, mga pribadong indibidwal, mga kontratista at mga grantee ng programa sa pampublikong tulong, mga awtoridad ng paaralan, ang Social Security Administration, mga kumpanya ng stock brokerage, at mga tagasuri ng buwis. Kailangan namin ang impormasyong ito para suriin ang iyong pagiging kwalipikado para sa mga serbisyo ng pampublikong tulong at para sa tulong sa pagbabayad para sa saklaw pangkalusugan kung pipiliin mong mag-apply. Dagdag dito, ang impormasyong nakuha mula sa pagpapalabas na ito ay maaaring gamitin ng Kagawaran ng Kalusugan sa mga administratibong paglilitis laban sa iyo, at/o ng Kagawaran ng Batas sa mga kriminal na paglilitis laban sa iyo.

Para sa mga taong tatanggap ng pangangalagang pangkalusugan na pinahintulutan ng Pederal na Pinamamahalaang Merkado:

Para gawing mas madaling tukuyin ang aking pagiging kwalipikado para sa tulong sa pagbabayad para sa saklaw pangkalusugan sa mga darating na taon, sumasang-ayon akong pahintulutan ang Marketplace na gumamit ng data ng kita, kabilang ang impormasyon mula sa mga tax return. Ang Marketplace ay magpapadala sa akin ng abiso, hahayaan akong gumawa ng anumang mga pagbabago, at maaari akong mag-opt out anumang oras.

Oo, awtomatikong i-renew ang aking pagiging kwalipikado para sa susunod na:

- 5 taon (pinakamataas na pinapayagan) 4 taon 3 taon 2 taon 1 taon
- Huwag gumamit ng impormasyon sa tax return para i-renew ang aking saklaw.

Kung sinuman sa aplikasyon na ito ay kwalipikado para sa Medicaid:

- Binibigyan ko ang ahensya ng Medicaid ng Estado ng mga karapatan na ituloy at makakuha ng anumang pera mula sa ibang insurance na pangkalusugan, ligal na pakikipag-ayos, o iba pang ikatlong partido. Binibigyan ko rin ang ahensya ng Medicaid ng mga karapatan para ituloy at makakuha ng medikal na suporta mula sa isang asawa o magulang.
- Alam ko na dapat kong sabihin sa Merkado ng Insurance na Pangkalusugan at o sa tanggapan ng Pampublikong Tulong sa pamamagitan ng telepono, sa personal o sa pamamagitan ng sulat kung may nagbago at kung anumang ang naiba sa isinulat ko sa aplikasyong ito Naiintindihan ko na ang pagbabago sa aking impormasyon ay pwedeng makaapekto sa pagiging kwalipikado para sa (mga) miyembro ng aking sambahayan.
- Alam ko na sa ilalim ng pederal na batas, hindi pinahihintulutan ang diskriminasyon batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, sex, edad, oryentasyong sekswal, pagkakakilanlan ng kasarian, o kapansanan. Pwede akong maghain ng reklamo ng diskriminasyon sa pamamagitan ng pagbisita sa www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Kung oo, alam kong hihilingin sa akin na makipagtulungan sa ahensya na nangongolekta ng suportang medikal at pansamantalang tulong mula sa isang lumiban na magulang. Kung sa tingin ko na ang pakikipagtulungan para mangolekta ng suportang medikal ay makakasama sa akin o sa aking mga anak, pwede ko itong sabihin sa Dibisyon ng Pampublikong Tulong at pwedeng hindi ko na kailanganing makipagtulungan. **Pakitingnan ang Appendix D.**

Ang sinumang bata ba sa aplikasyon na ito ay may magulang na nakatira sa labas ng bahay? Oo Hindi

Sumasang-ayon akong makipagtulungan sa mga kinakailangan sa suporta sa bata. Oo Hindi

Kinukumpirma ko na walang sinumang nag-a-apply para sa insurance na pangkalusugan sa aplikasyong ito ang nasa piitan (nakakulong o nakabilanggo).

Kung ito ay mali, sino ang nasa piitan? _____

Ang taong nagpunan sa pahina 8 (ang aplikante) ay dapat lagdaan ang aplikasyon na ito. Kung ikaw ay awtorisadong kinatawan, pwede kang lumagda dito hangga't nakumpleto ng aplikante ang kinakailangang impormasyon sa Appendix C.

Lagdaan ang aplikasyon na ito: _____
Lagda **Petsa (buwan/araw/taon)**

Naka-print na pangalan: _____

Lagdaan ang aplikasyon na ito: _____
Lagda **Petsa (buwan/araw/taon)**

Naka-print na pangalan: _____

HAKBANG 9 Pagkilala sa Pag-unawa at Paglalahad ng Katotohanan

Mga Pagkilala

- Naiintindihan ko na dapat ako ay kasalukuyang residente ng Alaska para maging kwalipikado para sa mga benepisyo ng Pampublikong Tulong na pinangangasiwaan ng Dibisyon ng Pampublikong Tulong ng Alaska. Nauunawaan ko rin na, kung magbago ang katayuan ng aking paninirahan, dapat kong iulat ang pagbabago sa Dibisyon ng Pampublikong Tulong ng Alaska sa loob ng 10 araw. Naiintindihan ko rin na kung aalis ako sa estado sa loob ng 30 o higit pang araw, dapat kong ipaalam ito sa Dibisyon ng Pampublikong Tulong ng Alaska, hindi alintana kung ituring ko ang aking sarili na residente ng Alaska/naglalayong bumalik sa Alaska, o hindi.
- Naiintindihan ko na bahagi ng pagtukoy sa pagiging kwalipikado para sa Pampublikong Tulong ang halaga ng kita ng aking sambahayan. Sa layuning iyon, naiintindihan ko na ang aplikasyong ito ay nangangailangan ng pagbubunyag ko sa lahat ng kita na natanggap ko at ng mga miyembro ng aking sambahayan, kabilang ngunit hindi limitado sa kita mula sa mga sumusunod na mapagkukunan: Pagtatrabaho (kabilang ang Sariling Hanapbuhay), Sustento, Suporta sa Anak, Kawalan ng Trabaho, Netong Upa/Royalty, Pensyon/Pagreretiro, Karagdagang Kita para sa Seguridad, Mga Benepisyo para sa Beterano, at Mga Benepisyo ng Social Security.
- Naiintindihan ko na bahagi ng pagtukoy sa pagiging kwalipikado para sa Pampublikong Tulong ang dami ng mga ari-arian ng aking sambahayan. Sa layuning iyon, nauunawaan ko na ang aplikasyong ito ay nangangailangan na ibunyag ko ang lahat ng asset na pagmamay-ari ko at mga miyembro ng aking sambahayan, kabilang ang hindi limitado sa mga sumusunod na uri ng mga asset: Ari-arian (hindi mahalaga kung ang Ari-arian ay binayaran, binabayaran pa rin, o may kasamang nagmamay-ari), lahat ng Account sa Bangko (kabilang ang mga checking at savings account), Hawak na Pera, Mga Sertipiko ng Deposito, Mga Plano ng Pag-iipon para sa Kolehiyo, Mga Policy sa Life Insurance, Mga Plano sa Pensyon, Mga Pondo sa Pagreretiro, Mga Stock Bond at Mga Kinikita sa isang taon, Mga Share sa Native Corporation, Mga Trust Fund, mga nilalaman ng Safety Deposit Box, Mga Karapatan sa Mineral, Mga Account ng IRA, Mga Permit sa Komersyal na Pangangisda, at Mga Kasunduan ng Policy para sa Paglilibing.

Nabasa ko o narinig kong binasa sa akin ang seksyong “Mga Karapatan at Responsibilidad” ng aplikasyon at naiintindihan ko ang aking mga karapatan at responsibilidad, kabilang ang mga parusa sa pandaraya, gaya ng inilarawan sa aplikasyon na ito.

Nabasa ko o narinig kong binasa sa akin ang seksyon ng “Mga Pagkilala” ng aplikasyon at naunawaan ang bawat isa rito.

Sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling, pinatutunayan ko na ang lahat ng impormasyong nakapaloob sa aplikasyong ito, kabilang ang pagka-mamamayan ng U.S. o legal na katayuang imigrante ng lahat ng taong nag-apply para sa mga benepisyo, ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman.

Nasa Hustong Gulang na Aplikante: _____
Lagda _____ Petsa (buwan/araw/taon) _____

Iba pang Nasa Hustong Gulang na Aplikante: _____
Lagda _____ Petsa (buwan/araw/taon) _____

Saksi, kung nilagdaan ng "X": _____
Lagda _____ Petsa (buwan/araw/taon) _____

Awtorisadong Kinatawan, kung naaangkop: _____
Lagda _____ Petsa (buwan/araw/taon) _____

SNAP Kabuhayan sa Pangangaso at/o Pangangisda

OPSYONAL

Naninirahan ba ang iyong sambahayan sa isang rural na komunidad kung saan mahirap ang pag-access sa mga retail na tindahan at nilalayan mong umasa sa kabuhayan ng pangangaso at/o pangangisda para sa malaking bahagi ng iyong pagkain? Kung gayon, pwede mong gamitin ang mga benepisyo ng SNAP para bumili ng gamit para sa pangkabuhayang pangangaso at pangangisda tulad ng mga lambat, linya, kawit, pamingwit, at kutsilyo.

Gusto mo bang gumamit ng SNAP para makabili ng mga bagay sa pangangaso at pangangisda? Oo Hindi

Sumasang-ayon ako na hindi gamitin ang mga bagay na binili para sa mga layuning pangkomersyo. Oo Hindi

Nasa Hustong Gulang na Aplikante: _____
Lagda _____ Petsa (buwan/araw/taon) _____

Bakit kailangan mong kumpletuhin ang form na ito?

Para matukoy ang iyong pagiging kwalipikado para sa tulong, kakailanganin naming makipag-ugnayan sa mga tao o samahan na makakasagot sa mga tanong tungkol sa iyong sitwasyon. Sa pamamagitan ng pagkumpleto ng form na ito, pinapayagan mo kaming makipag-ugnayan sa mga tao at samahan na ibinibigay mo.

Anong mga tanong ang itinatanong namin?

Madalas kaming nagtatanong tungkol sa tirahan mo, sino ang naninirahan kasama mo, at kita at mga mapagkukunan ng iyong sambahayan. Maaari din kaming humingi ng impormasyon tungkol sa magulang ng bata na hindi nakatira sa bahay.

Anong impormasyon ang ibinibigay namin sa kanila?

Kapag nakikipag-ugnayan kami sa mga tao o samahang ito, sinasabi namin sa kanila ang pangalan at titulo namin. Sinasabi rin namin sa kanila na nagtatrabaho kami sa

Dibisyon ng Pamublikong Tulong. Hindi namin sila binibigyan ng anumang impormasyon tungkol sa iyo o sa mga serbisyo ng iyong pamublikong tulong.

Impormasyon tungkol sa dalawang taong lubos na nakakakilala sa iyo:

Pangalan at Kaugnayan sa Iyo	Address ng Pag mail	Pang araw na Telepono

Impormasyon tungkol sa iyong landlord:

Pangalan at Kaugnayan sa Iyo	Address ng Pag mail	Pang araw na Telepono

APPENDIX A: Saklaw Pangkalusugan mula sa Mga Trabaho

Ikaw ay **HINDI** na kailangang sagutin ang mga tanong maliban kung ang isang tao sa sambahayan ay kwalipikado para sa saklaw pangkalusugan mula sa isang trabaho. Maglakip ng kopya ng pahinang ito para sa bawat trabahong nag-aalok ng saklaw.

Sabihin sa amin ang tungkol sa trabahong iyon na nag-aalok ng saklaw.

Dalhin ang Employer Coverage Tool sa susunod na pahina sa employer na nag-aalok ng saklaw para tulungan kang sagutin ang mga tanong na ito. Kailangan mo lamang isama ang pahinang ito kapag ipinadala mo ang iyong aplikasyon, hindi ang Employer Coverage Tool.

Impormasyon ng EMPLEYADO

1. Pangalan ng empleyado (Una, Gitna, Apelyido)	2. Numero ng Social Security ng Empleyado _____ - _____ - _____
---	--

Impormasyon ng EMPLOYER

3. Pangalan ng Employer	4. Identification Number ng Employer (EIN)	
5. Address ng employer	6. Numero ng telepono ng employer: () -	
7. Lungsod	8. Estado	9. ZIP code
10. Sino ang pwede naming kontakin tungkol sa saklaw pangkalusugan ng empleyado sa trabahong ito?		
11. Numero ng telepono (kung naiiba sa itaas) () -	12. Email address	

13. Kasalukuyan ka bang kwalipikado para sa saklaw na inaalok ng employer na ito, o magiging kwalipikado ka ba sa susunod na 3 buwan?

Oo (Magpatuloy)

13a. Kung ikaw ay nasa panahon ng paghihintay o pagsubok, kailan ka pwedeng mag-enroll sa saklaw? _____
Ilista ang mga pangalan ng sinumang kwalipikado para sa saklaw mula sa trabahong ito. (mm/dd/yy)

Pangalan: _____ Pangalan: _____ Pangalan: _____

Hindi

Sabihin sa amin ang tungkol sa planong pangkalusugan na inaalok ng employer na ito.

14. Nag-aalok ba ang employer ng planong pangkalusugan na nakakatugon sa minimum na pamantayan ng halaga*? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
15. Para sa planong may pinakamababang halaga na nakakatugon sa minimum na pamantayan ng halaga* na inaalok lamang sa empleyado (huwag isama ang mga plano ng pamilya): Kung ang employer ay may mga programang pangkalusugan, ibigay ang premium na babayaran ng empleyado kung natanggap niya ang pinakamataas na diskwento para sa anumang mga programa sa pagtigil sa tabako, at hindi nakatanggap ng anumang iba pang diskwento batay sa mga programang pangkalusugan. a. Magkano ang kailangang bayaran ng empleyado sa mga premium para sa planong ito? \$ _____ b. Gaano kadalas? <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Bawat 2 linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses sa isang buwan <input type="checkbox"/> Minsan sa isang buwan <input type="checkbox"/> Bawat tatlong buwan <input type="checkbox"/> Taon-taon
16. Anong pagbabago ang gagawin ng employer para sa bagong taon ng plano (kung alam)? <input type="checkbox"/> Hindi mag-aalok ang employer ng coverage pangkalusugan <input type="checkbox"/> Magsisimula ang employer na mag-alok ng saklaw pangkalusugan sa mga empleyado o baguhin ang premium para sa planong may pinakamababang halaga na magagamit lamang ng empleyado na nakakatugon sa minimum na pamantayan ng halaga.* (Dapat ipakita ng Premium ang diskwento para sa mga programang pangkalusugan. Tingnan ang tanong 15.) a. Magkano ang babayaran ng empleyado sa mga premium para sa planong iyon? \$ _____ b. Gaano kadalas? <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Bawat 2 linggo <input type="checkbox"/> Dalawang beses sa isang buwan <input type="checkbox"/> Minsan sa isang buwan <input type="checkbox"/> Bawat tatlong buwan <input type="checkbox"/> Taon-taon Petsa ng pagbabago (mm/dd/yyyy): _____

* Ang isang planong pangkalusugan na itinataguyod ng employer ay nakakatugon sa "minimum na pamantayan ng halaga" kung ang bahagi ng plano sa kabuuang pinapayagang mga gastos sa benepisyo na saklaw ng plano ay hindi bababa sa 60 porsyento ng mga naturang gastos (Seksyon 36B(c)(2)(C)(ii) ng Internal Revenue Code ng 1986)

APPENDIX A: Employer Coverage Tool (Tool sa Saklaw ng Employer)

Gamitin ang tool na ito para matulungan ka sa pagsagot sa mga tanong sa Appendix A tungkol sa anumang saklaw pangkalusugan ng employer na naaangkop para sa iyo (kahit na ito ay mula sa trabaho ng ibang tao, tulad ng magulang o asawa). Ang impormasyon sa mga may numerong kahon sa ibaba ay tumutugma sa mga kahon sa Appendix A. Halimbawa, ang sagot sa tanong 14 sa pahinang ito ay dapat tumugma sa tanong 14 sa Appendix A.

Isulat ang iyong pangalan at numero ng Social Security sa mga kahon 1 at 2 at hilingin sa employer na punan ang natitirang bahagi ng form. Kumpletuhin ang isang tool para sa bawat employer na nag-aalok ng saklaw pangkalusugan.



Impormasyon ng EMPLEYADO

Ang **empleyado** ay kailangan na punan ang seksyon na ito.

1. Pangalan ng empleyado (Una, Gitna, Apelyido)	2. Numero ng Social Security ng Empleyado _____ - _____ - _____
---	--



Impormasyon ng EMPLOYER

Tanungin ang **employer** para sa impormasyon na ito.

3. Pangalan ng Employer	4. Identification Number ng Employer (EIN) _____ - _____	
5. Address ng employer (magpapadala ang Marketplace ng mga abiso sa address na ito)	6. Numero ng telepono ng employer () - _____	
7. Lungsod	8. Estado	9. ZIP code
10. Sino ang pwede naming kontakin tungkol sa saklaw pangkalusugan ng empleyado sa trabahong ito?		
11. Numero ng telepono (kung naiiba sa itaas) () - _____	12. Email address	

13. Kasalukuyang bang kwalipikado ang empleyado para sa saklaw na inaalok ng employer na ito, o magiging kwalipikado ba sa susunod na 3 buwan?

Oo (Magpatuloy)
13a. Kung ang empleyado ay hindi kwalipikado ngayon, kabilang ang bilang resulta ng paghihintay o panahon ng nasa pagsubok, kailan magiging kwalipikado ang empleyado para sa saklaw? _____ (mm/dd/yyyy) (Magpatuloy)

Hindi (TUMIGIL at ibalik ang form na ito sa empleyado)

Sabihin sa amin ang tungkol sa **planong pangkalusugan na inaalok ng employer na ito**.

Nag-aalok ba ang employer ng planong pangkalusugan na sumasaklaw sa asawa o dependent ng empleyado?

- Oo. Aling tao? Asawa (Mga) Dependent
 Hindi
(Pumunta sa tanong 14)

14. Nag-aalok ba ang employer ng planong pangkalusugan na nakakatugon sa minimum na pamantayan ng halaga*?
 Oo (Pumunta sa tanong 15) Hindi (ITIGIL at ibalik ang form sa empleyado)

15. Para sa planong may pinakamababang halaga na nakakatugon sa minimum na pamantayan ng halaga* na inaalok **lamang sa empleyado** (huwag isama ang mga plano ng pamilya): Kung ang employer ay may mga programang pangkalusugan, ibigay ang premium na babayaran ng empleyado kung natanggap niya ang pinakamataas na diskwento para sa anumang mga programa sa pagtigil sa tabako, at hindi nakatanggap ng anumang iba pang diskwento batay sa mga programang pangkalusugan.

a. Magkano ang kailangang bayaran ng empleyado sa mga premium para sa planong ito? \$ _____

b. Gaano kadalas? Lingguhan Bawat 2 linggo Dalawang beses sa isang buwan Minsan sa isang buwan
 Bawat tatlong buwan Taon-taon

Kung malapit nang matapos ang taon ng plano at alam mong magbabago ang mga inaalok na planong pangkalusugan, pumunta sa tanong 16. Kung hindi mo alam, ITIGIL at ibalik ang form sa empleyado.

16. Anong pagbabago ang gagawin ng employer para sa bagong taon ng plano?

Hindi mag-aalok ang employer ng saklaw na pangkalusugan

Magsisimula ang employer na mag-alok ng saklaw na pangkalusugan sa mga empleyado o baguhin ang premium para sa planong may pinakamababang halaga na magagamit lamang sa empleyado na nakakatugon sa minimum na pamantayan ng halaga.* (Dapat ipakita ng Premium ang diskwento para sa mga programang pangkalusugan. Tingnan ang tanong 15.)

a. Magkano ang babayaran ng empleyado sa mga premium para sa planong iyon? \$ _____

b. Gaano kadalas? Lingguhan Bawat 2 linggo Dalawang beses sa isang buwan Minsan sa isang buwan
 Bawat tatlong buwan Taon-taon

Petsa ng pagbabago (mm/dd/yyyy): _____

* Ang isang planong pangkalusugan na itinatangayod ng employer ay nakakatugon sa "minimum na pamantayan ng halaga" kung ang bahagi ng plano sa kabuuang pinapayagang mga gastos sa benepisyo na saklaw ng plano ay hindi bababa sa 60 porsyento ng mga naturang gastos (Seksyon 36B(c)(2)(C)(ii) ng Internal Revenue Code ng 1986)

APPENDIX B: American Indian o Alaska Native na Miyembro ng Pamilya

Kumpletuhin ang appendix na ito kung ikaw o may miyembro ng pamilya na American Indian o Alaska Native. Isumite ito kasama ng iyong aplikasyon para sa mga serbisyo.

Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong (mga) miyembro ng pamilyan na American Indian o Native Alaska.

Ang mga American Indian at Alaska Native ay pwedeng makakuha ng mga serbisyo mula sa mga Indian Health Service, tribal health program, o Indian health program ng lungsod. Pwedeng hindi na rin nila kailanganing magbayad ng pagbabahagi sa gastos at maaaring makakuha ng mga espesyal na buwanang panahon ng pagpapatala. Sagutin ang mga sumusunod na tanong para tiyakin na ang iyong pamilya ay makakakuha ng pinakamaraming tulong na posible.

TANDAAN: Kung marami ka pang taong isasama, gumawa ng kopya ng page na ito at ilakip.

	AI/AN TAO 1	AI/AN TAO 2
1. Pangalan (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido)	Una Gitna Huli	Una Gitna Huli
2. Miyembro ng isang tribong kinikilala ng pederal?	<input type="checkbox"/> Oo Kung oo , pangalan ng tribo _____ <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo Kung oo , pangalan ng tribo _____ <input type="checkbox"/> Hindi
3. Nakakuha na ba ang taong ito ng serbisyo mula sa Indian Health Service, isang tribal health program, o mga programang pangkalusugan ng India sa lungsod, o sa pamamagitan ng referral mula sa isa sa mga programang ito?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi, ang taong ito ba ay kwalipikado na makakuha ng mga serbisyo mula sa Indian Health Service, mga programang pangkalusugan ng tribo, o mga programang pangkalusugan ng India sa lungsod, o sa pamamagitan ng isang referral mula sa isa sa mga programang ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi, ang taong ito ba ay kwalipikado na makakuha ng mga serbisyo mula sa Indian Health Service, mga programang pangkalusugan ng tribo, o mga programang pangkalusugan ng India sa lungsod, o sa pamamagitan ng isang referral mula sa isa sa mga programang ito? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
4. Maaaring hindi mabilang ang ilang perang natanggap para sa Medicaid. Ilista ang anumang kita (halaga at gaano kadalas) na iniulat sa iyong aplikasyon na may kasamang pera mula sa mga mapagkukunang ito: <ul style="list-style-type: none"> Mga pagbabayad para sa isang tao mula sa isang tribo na nagmumula sa mga likas na yaman, mga karapatan sa paggamit, mga pagpapaupa, o mga royalty Mga pagbabayad mula sa mga likas na yaman, pagsasaka, pangingsda, pag-upa, o mga royalty mula sa lupang itinalaga bilang pinagkakatiwalaang lupain ng India ng Department of Interior (kabilang ang mga reserbasyon at dating reserbasyon) Pera mula sa pagbebenta ng mga bagay na may kahalagahang pangkultura 	\$ _____ Gaano kadalas? _____	\$ _____ Gaano kadalas? _____

Gusto mo bang payagan ang isang tao na kumatawan sa iyo sa lahat ng bagay na may kaugnayan sa iyong aplikasyon at kaso?

Maaari mong bigyan ang pinagkakatiwalaang tao o isang samahan ng pahintulot na pag-usapan ang tungkol sa iyong aplikasyon at kaso sa amin, tingnan ang iyong impormasyon, at kumilos para sa iyo sa mga bagay na may kaugnayan sa iyong kaso ng Pamublikong Tulong. Ang taong ito ay tinatawag na "awtorisadong kinatawan." **Ang isang awtorisadong kinatawan ay pwedeng gumawa ng mga pagbabago sa iyong kaso ng Pamublikong Tulong at may access sa impormasyon sa file ng iyong kaso. Papapanagutin ka para sa anumang pagbabago na ginawa sa iyong kaso ng iyong itinalagang awtorisadong kinatawan, hanggang sa at kabilang ang mga potensyal na singil sa pandaraya.**

Maaaring ilabas ng Dibisyon ng Pamublikong Tulong ang anumang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon at kaso sa iyong awtorisadong kinatawan o sinumang miyembro ng samahan na nakasaad sa form na ito. Mahigit sa isang tao o samahan ang pwedeng magsilbi bilang iyong awtorisadong kinatawan.

Maaari kang maghirang, mag-atras, o magpalit ng awtorisadong kinatawan sa anumang oras. Kung sakaling kailanganin mong palitan ang iyong awtorisadong kinatawan, makipag-ugnayan sa Dibisyon ng Pamublikong Tulong. *Kung ikaw ay ligal na itinalaga bilang kinatawan para sa isang tao sa aplikasyong ito at nagbibigay ng patunay, hindi mo kailangang kumpletuhin ang seksyong ito.*

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido) o Samahan		Numero ng Telepono
Address ng Awtorisadong Kinatawan	Numero ng apartment o suite	Email
Lungsod	Estado	ZIP code

- Bago
 Baguhin
 Dagdag
 Tanggalin ang tao o samahang ito bilang aking awtorisadong kinatawan

O

Pahintulot para Maglabas ng Impormasyon

Mayroon bang sinumang gusto mong bahagian namin ang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon at kaso?

Sa pamamagitan ng pagkumpleto sa seksyong ito, pwede kang magbigay ng pahintulot para sa sumusunod na tao o samahan na makatanggap ng impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon para sa Pamublikong Tulong at katayuan ng benepisyo, pero hindi sila magkakaroon ng kakayahang kumilos sa ngalan mo bilang awtorisadong kinatawan. Binibigyan mo ng pahintulot ang Dibisyon ng Pamublikong Tulong na maglabas ng impormasyon tungkol sa katayuan ng iyong kaso sa karagdagang tao o samahang ito. Pwede mong kanselahin ang paglabas na ito anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Dibisyon ng Pamublikong Tulong.

Pangalan ng tao (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido) o Samahan		Numero ng Telepono
Address	Numero ng apartment o suite	Email
Lungsod	Estado	ZIP code

AT

Lagda ng Aplikante / Tatanggap	Petsa (mm/dd/yyyy)
Naka-print na Pangalan ng Aplikante / Tatanggap	Social Security Number o Numero ng Kaso

Para maging wasto, ang form na ito ay dapat na lagdaan ng aplikante o tatanggap.

APPENDIX D: Impormasyon ng Suporta sa Bata

PAKI-PRINT SA INK.

Kumpletuhin ang isang form para sa walang kustodiyang magulang. Ang impormasyon ay gagamitin para magtakda at/o magpatupad ng suporta sa bata.

Iyong pangalan: _____ Iyong SSN: _____

Address _____ Lungsod/Estado/Zip: _____

Telepono: _____ Email: _____ Lisensya sa Pagmamaneho: Estado at Numero _____

Ang iyong relasyon sa mga bata: Ama Ina Iba pa (ipaliwanag) _____

Buong legal na pangalan ng walang kustodiyang magulang: _____ at ang kanilang SSN: _____

Buong Pangalan ng Bata	Petsa ng kapanganakan	Lugar ng kapanganakan (lungsod, lalawigan, estado)	SSN ng bata	Buong pangalan ng Lumiban na Magulang	Pareho bang nasa sertipikasyon ng kapanganakan ang mga magulang?
					Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
					Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
					Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>

Walang kustodiyang mga magulang: Petsa ng kapanganakan: _____ Lugar ng kapanganakan _____

Address: _____ Lungsod/Estado/Zip: _____

Karaniwang trabaho, kasalukuyang employer at lokasyon ng walang kustodiyang mga magulang: _____

Mayroon bang medikal na insurance para sa mga bata ang walang kustodiyang mga magulang? Oo / Hindi Miyembro ng unyon? Oo / Hindi

Miyembro ng Tribo o Native Corporation? Oo / Hindi Uri/Policy: _____

Kasal: _____ Petsa: _____ Saan: _____

Kasal at Hiwalay: _____ Petsa ng paghiwalay: _____ Saan: _____

Nakabinbin ang diborsyo: _____ Petsa ng paghain at sa anong hukuman: _____

Diborsiyado: _____ Panghuling petsa: _____ Saan: _____

Hindi kailanman ikinasal: Kung hindi nagpakasal ang mga magulang, naitatag ba ang pagiging ama sa pamamagitan ng korte o administratibong kautusan para sa bawat bata na nakalista?
 Oo Hindi Kung hindi, pakipaliwanag: _____

Mayroon bang utos sa kustodiya tungkol sa mga bata? Oo Hindi Kung oo, ibigay ang sumusunod na impormasyon tungkol sa kautusan:
 Estado/Lalawigan: _____ Korte/Ahensya: _____ Petsa: _____

Mayroon ka bang kautusan ng suporta sa bata? Oo Hindi Kung oo, ibigay ang sumusunod na impormasyon tungkol sa kautusan:
 Estado/Lalawigan: _____ Korte/Ahensya: _____ Petsa: _____

PAKIKIPAGTULUNGAN SA SUPORTA SA ANAK AT PAGTATALAGA NG SUPORTA

Inaatasan ka ng batas na tumulong na makakuha ng suporta sa bata para sa batang tumatanggap ng mga bayad sa Temporary Assistance (ATAP/TANF) o suportang medikal para sa isang bata na tumatanggap ng tulong medikal (Medicaid). Nangangahulugan ito na dapat mong tulungan sa paghahanap ang isang walang kustodiyang magulang o magtatag ng paternity para sa isang batang walang legal na ama. Dapat kang lumagda sa ahensya ng Estado ng anumang suporta sa bata/asawa o suportang medikal na dapat bayaran sa iyo para sa anumang buwang nakatanggap ka ng tulong. Kung ang walang kustodiyang magulang ay nagbabayad ng suporta sa iyo habang ikaw ay tumatanggap ng Pansamantalang Tulong, dapat mong ibigay ang mga bayad sa Dibisyon ng Mga Serbisyo para sa Suporta sa Anak (Child Support Services Division, CSSD). Dapat mong gawin ito kahit na walang may bisang kautusan ng suporta.

Kung ang CSSD ay nagpadala ng bayad sa iyo dahil sa pagkakamali, makikipag-ugnayan sila sa iyo para sa pagbabayad ng perang iyon. Kung gusto mong magbayad nang paunti-unti mula sa mga susunod na pagbabayad sa suporta sa bata, sa halip na kaagad sa isang kabuuan, lagyan ng check ang kahong ito.

IMPORMASYON NG PAG-SUPPLY SA CSSD - PAGKAKUMPIDENSYAL AT KALIGTASAN

Kung naniniwala kang ang pakikipagtulungan sa CSSD para makakuha ng suporta sa bata o medikal ay magdudulot ng pinsala sa iyo o sa iyong mga anak at masusuportahan mo ang iyong paniniwala, maaari kang magpahayag ng mabuting layunin para hindi makipagtulungan. Maaaring hilingin sa iyo ng isang caseworker ng Pamublikong Tulong na magbigay ng mga dokumento para suportahan ang iyong pahayag sa mabuting layunin. Nasa caseworker na ang pagpapasya kung mayroon kang mabuting layunin para hindi makipagtulungan. Patuloy na hahabulin ng CSSD ang suporta sa anak o medikal na suporta laban sa magulang na walang kustodiya, kahit na HINDI ka nakikipagtulungan, maliban kung inaprubahan ng Dibisyon ng Pamublikong Tulong ang good cause o mabuting layunin. Pakilagyan ng check ang isa sa mga kahon at lagdaan sa ibaba.

- Sumasang-ayon akong makipagtulungan sa CSSD.
- Sumasang-ayon akong makipagtulungan sa CSSD pero gusto kong panatiliing kumpidensyal ang aking address.
- Naniniwala ako na mayroon akong mabuting layunin para hindi makipagtulungan sa CSSD.

Lagda _____ Petsa _____

Pagpaparehistro ng Botante

Maaari kang magparehistro para bumoto sa Alaska kung:

1. Ikaw ay mamamayan ng Estados Unidos.
2. Ikaw ay residente ng Alaska.
3. Ikaw ay hindi bababa sa 18 taong gulang o magiging 18 sa loob ng 90 araw pagkatapos makumpleto ang aplikasyon sa pagpaparehistro.
4. Hindi ka napatunayang nagkasala sa mabigat na krimen kaugnay ng moral turpitude, o kung ikaw ay nahatulan, ikaw ay pinalaya nang walang kondisyon.
5. Hindi ka rehistrado sa ibang estado, maliban kung kanselahin mo ang pagpaparehistrong iyon. (May lugar sa aplikasyon sa pagpaparehistro sa Alaska para kanselahin mo kung kinakailangan).

Mahahalagang Paunawa

1. Ang pag-apply para magparehistro o pagtanggap na magparehistro para bumoto ay hindi makakaapekto sa mga serbisyo o sa halaga ng mga benepisyo na ibibigay sa iyo ng ahensyang ito.
2. Kung kailangan mo ng tulong sa pagsagot sa form sa pagpaparehistro ng botante, tutulungan ka namin. Ang desisyon kung hihingi o tatanggap ng tulong ay nasa sa iyo. Maaari mong punan ang form ng pagpaparehistro nang pribado.
3. Kung tatanggap kang magparehistro para bumoto, magiging kumpidensyal ang iyong desisyon. Kung pipiliin mong magparehistro para bumoto, ang tanggapan kung saan isinumite ang iyong aplikasyon sa pagpaparehistro ay mananatiling kumpidensyal at gagamitin lamang para sa iyong mga layunin sa pagpaparehistro bilang botante.
4. Kung naniniwala kang may humadlang sa iyong karapatan sa pagpaparehistro o tumanggi na magparehistro para bumoto, sa iyong karapatan sa privacy sa pagpapasya kung magpaparehistro o mag-a-apply para magparehistro upang makaboto, o sa iyong karapatan na pumili ng sarili mong partidong pampulitika o iba pang kagustuhan sa pulitika, pwede kang maghain ng reklamo sa Direktor ng Dibisyon ng Halalan sa pamamagitan ng pagtawag sa 907-465-4611, o walang bayad sa 866-952-8683 o maaari kang sumulat sa: Direktor, Dibisyon ng Halalan, PO Box 110017, Juneau, AK 99811-0017.

**Kung hindi ka nakarehistro sa lugar na tinitirhan mo ngayon,
gugustuhin mo bang mag-apply para magparehistro upang makaboto dito ngayon?
(Lagyan ng check ang isa)**

- Oo. Gusto kong magparehistro para bumoto. (Pakipunan ang kalakip na aplikasyon sa pagpaparehistro.)**
- Hindi. Ayokong magparehistro para bumoto.**

Tandaan: Kung hindi mo lalagyan ng check ang alinmang kahon, ituturing ka bilang nagpasya na HINDI magrehistro para bumoto sa oras na ito.

Pangalan ng aplikante

Petsa

Ang form na ito ay pananatilihin sa ahensyang ito.

Ang mga nakumpletong aplikasyon sa pagpaparehistro ng botante ay ipapadala sa Dibisyon ng Halalan.

APLIKASYON SA PAGPAPAREHISTRO NG BOTANTE SA ESTADO NG ALASKA

Sumangguni sa mga tagubilin sa kabilang parte para sa partikular na impormasyon at mga kinakailangan sa pagkakakilanlan.

Paki-print nang malinaw sa asul o itim na tinta.

1. DAPAT mong kumpletuhin ang seksyong ito para sa pagpaparehistro:

Oo Hindi Ako ay mamamayan ng Estados Unidos.

Oo Hindi Ako ay may edad na hindi bababa sa 18 taon o magiging 18 sa loob ng 90 araw ng pagkumpleto ng aplikasyong ito.

Kung nilagyan mo ng check ang HINDI sa alinmang tanong, huwag kumpletuhin ang form na ito dahil hindi ka kwalipikadong magparehistro para bumoto.

2. Apelyido _____ **Pangalan** _____ **Gitnang Inisyal** _____ **Suffix** _____

3. Dating Pangalan: (Kung nagbago ang iyong pangalan) _____

4. DAPAT mong ibigay ang address sa **Alaska** kung saan ka nagke-claim ng paninirahan. Huwag gumamit ng PO, PSC, HC o RR.

_____ **Alaska**
Numero ng Bahay _____ Pangalan ng Kalye _____ Numero ng Apartment _____ Lungsod _____ Estado _____

* Panatiliing kumpidensyal ang impormasyon ng aking address. (Ang iyong address ng koreo sa seksyon 5 ay dapat na **NAIIBA** sa iyong address ng paninirahan sa seksyon 4 para mapanatiling kumpidensyal.)

5. Address ng Koreo: (Address kung saan mo natatanggap ang iyong koreo kung iba sa itaas)

7. Ako ay botanteng may kapansanan at gusto ng impormasyon sa mga alternatibong paraan ng pagboto.

8. Interesado akong maglingkod bilang opisyal ng halalan. (Ibigay ang iyong numero ng telepono at/o email address sa seksyon 9.)

9. Pang-araw na Numero ng Telepono: _____

Pang-gabing Numero ng Telepono: _____

Email Address: _____

6. *Numero ng AK Voter: _____
(Kung alam)

10. Mga Identifier- DAPAT kang magbigay ng kahit isa:

*SSN o Huling 4 ng SSN: _____ *Lisensya sa Pagmamaneho sa Alaska
o Numero ng ID ng Estado _____

Hindi pa ako naisyuhan ng Social Security Number, Lisensya sa Pagmamaneho sa Alaska o numero ng ID sa Estado.

11. Ikaw ay **DAPAT** magbigay ng:

***Petsa ng Kapanganakan** _____
Buwan _____ Araw _____ Taon _____

12.

Kasarian Lalaki Babae

13. Kaugnayang Pampulitika Fara sa mga pagpipilian sa kaugnayang pampulitika sa Alaska, tingnan ang tagubilin sa numero 4 sa kabilang parte.

Isulat ang kaugnayang pampulitika: _____

14. Nakarehistro ako para bumoto sa ibang estado, kanselahin ang aking pagpaparehistro sa:

Lungsod: _____ **Estado:** _____ **Lalawigan:** _____ **Zip:** _____

Sertipiko ng Botante. Basahin at Lagdaan: Pinatutunayan ko, sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling, na ang impormasyon sa itaas na ibinigay ko sa dokumentong ito ay totoo at tama. Hindi ako nakarehistro para bumoto sa ibang estado, o nagbigay ng impormasyon para kanselahin ang pagpaparehistro na iyon. Pinapatunayan ko rin na ako ay residente ng Alaska at hindi pa ako nahatulan sa isang mabigat na krimen kaugnay ng moral turpitude, o kung nahatulan ay pinalaya nang walang kondisyon mula sa pagkakakulong, probasyon at/o parol.

BABALA: Kung magbibigay ka ng maling impormasyon sa aplikasyon na ito maaari kang mahatulan ng maliit na kasalanan AS 15.56.050.

***LAGDA:** _____ **PETSA:** _____

Ang iyong lagda ay dapat na sulat-kamay na lagda. Ang isang na-type o digital na lagda ay hindi wasto.

Tagapagrehistro/Ahensya/Opisyal - Lagyan ng check ang ID at kumpletuhin ang seksyong ito

_____ o **Ahensya ng NVRA**

_____ **Pangalan ng Tagapagrehistro**

_____ **Numero ng Botante o SSN**

_____ **Pangalan ng Ahensya**

*Ang mga bagay ay pinananatiling kumpidensyal ng Dibisyon ng Halalan at hindi magagamit para sa pampublikong inspeksyon maliban na ang mga kumpidensyal na address ay maaaring ilabas sa mga ahensya ng gobyerno o sa panahon ng mga proseso ng halalan gaya ng itinakda sa batas ng estado.

Estado ng Alaska - Dibisyon ng Halalan

Aplikasyon sa Pagpaparehistro ng Botante

Para magparehistro upang bumoto sa Alaska dapat ay isa kang Mamamayan ng U.S., residente ng Alaska, at hindi bababa ang edad sa 18 taon o magiging 18 taon sa loob ng 90 araw ng pagkumpleto ng aplikasyong ito.

Ang paunang pagpaparehistro o mga pagbabago sa pagpaparehistro ay dapat gawin nang hindi bababa sa 30 araw bago ang halalan. Kapag naproseso na ang iyong aplikasyon, ipapadala sa iyo ang paunawa sa loob ng 3 hanggang 4 na linggo.

1. **Kapag Kinukumpleto ang Aplikasyon na Ito DAPAT Mong Ibigay ang:**

- **Impormasyon ng Address ng Tirahan sa Alaska Kung Saan Mo Gustong I-Claim ang Paninirahan** - Ang kumpletong address ng pisikal na tirahan sa Alaska ay dapat isama sa iyong aplikasyon. Ang impormasyon ng address ng tirahan na iyong ibibigay ay gagamitin para italaga ang iyong talaan sa isang distrito at presinto ng pagboto. Ang iyong aplikasyon ay tatanggihan kung hindi ka makapagbibigay ng impormasyon ng address ng tirahan sa Alaska o magbibigay ka ng PO Box, HC No. at Box, PSC Box, Rural Route No., Komersyal na Address o Mail Stop Address o address ng tirahan sa labas ng Alaska sa Linya 4 ng aplikasyon.

Kung ang iyong tirahan ay nabigyan ng pangalan ng kalye at numero ng bahay, ibigay ang impormasyong ito o ipahiwatig kung saan ka nakatira tulad ng, pangalan ng kalsada at numero ng milepost, daungan ng bangka, numero ng pier at slip, pangalan ng subdivision na may pangalan ng lote at block o trailer park at numero ng espasyo. Kung nakatira ka sa kanayunan ng Alaska, pwede mong ibigay ang pangalan ng komunidad bilang impormasyon ng iyong address.

Kung mayroon kang ibang address ng koreo kaysa sa impormasyon ng iyong address ng tirahan, pwede mong piliing panatilihin kumpidensyal ang impormasyon ng iyong address ng tirahan. Ang mga kumpidensyal na tirahan ay hindi inilalabas sa pangkalahatang publiko, pero pwedeng ilabas sa mga ahensya ng gobyerno o sa panahon ng mga proseso ng halalan gaya ng itinakda sa batas ng estado.

Kung ikaw ay pansamantalang wala sa estado at may layuning bumalik, pwede mong panatilihin ang iyong paninirahan sa Alaska tulad ng makikita sa iyong kasalukuyang tala. Kung magbibigay ka ng bagong impormasyon ng tirahan, dapat itong nasa loob ng Alaska. Ang mga aktibong militar at asawa ng militar ay hindi kasama sa kinakailangan sa layunin.

- **Patunay ng Pagkakakilanlan** - Dapat na ma-verify ang iyong pagkakakilanlan. Kung nabigyan ka ng numero ng Social Security, Alaska Driver's License, o Alaska State ID card, DAPAT kang magbigay ng kahit isang numero sa Linya 10 ng aplikasyon. Kung hindi ka pa nabigyan ng isa sa mga numero ng pagkakakilanlan, pakihiwatig ito sa pamamagitan ng paglalagay ng check sa kahon sa Linya 10.
- **Petsa ng Kapanganakan** - DAPAT mong ibigay ang petsa ng iyong kapanganakan.

2. **Isinusumite mo ba ang aplikasyonna ito sa pamamagitan ng koreo, ng fax, o email?** Kung gayon, at kung hindi ka pa nakarehistro para bumoto sa Alaska, ang iyong pagkakakilanlan ay dapat ma-verify alinman sa oras na magparehistro ka o sa unang pagkakataon na bumoto ka. Kung gusto mong tiyakin na ang iyong pagkakakilanlan ay na-verify sa oras na ikaw ay nagparehistro, magsumite ng kopya ng isa sa ibaba:

- Kasalukuyan at wastong pagkakakilanlan ng larawan
- Pasaporte
- Sertipiko ng kapanganakan
- Lisensya sa Pagmamaneho
- Card ng pagkakakilanlan sa estado
- Lisensya sa Pangangaso at Pangangisda

3. **Nahatulan ka na ba sa isang mabigat na krimen kaugnay ng moral turpitude?** Kung gayon, maaari ka lamang magparehistro para bumoto kung ikaw ay pinalaya nang walang kondisyon. Magbigay ng kopya ng iyong mga discharge paper kasama ng aplikasyon na ito kung mayroon.

4. **Kaakibat sa Pulitika.** Isulat ang kaakibat sa pulitika. Ang mga kinikilalang partidong pampulitika ay mga partidong nakakuha ng kinikilalang katayuan ng partidong pampulitika sa ilalim ng Batas ng Alaska. Ang mga grupong pampulitika ay mga partido na nag-apply para sa kinikilalang katayuan ng partidong pampulitika ngunit hindi nakamit ang mga kwalipikasyon. Ang mga kaakibat sa pulitika sa Alaska ay ang mga sumusunod:

Kinikilalang mga Partidong Pulitikal:

- Alaska Democratic Party
- Alaska Republican Party
- Alaskan Independence Party

Mga Pulitikal na Grupo:

- Alaska Constitution Party
- Partidong Libertarian ng Alaska
- Partido ng Alyansa ng Alaska
- Partido para sa Kalayaan at Reporma
- Partidong Kalmado ng Alaska
- Partidong Luntian ng Alaska

Iba pa:

- Partido OWL
- Patriot's Party of Alaska
- Progressive Party of Alaska
- UCES' Clowns Party
- Partido ng mga Beterano ng Alaska

- Walang kasapi (hindi kaanib sa isang partido o grupong pampulitika)
- Hindi idineklara (ayaw magdeklara ng kaugnayan sa pulitika)

Ipadala sa koreo, fax, o email (bilang kalakip na PDF, TIFF o JPEG) ang iyong nakumpletong aplikasyon sa isa sa mga tanggapang nakalista sa ibaba:

Region I Elections Office
PO Box 110018
Juneau AK 99811-0018
(907) 465-3021 - Telepono
(907) 465-2289 - Fax
Walang Bayad 1-866-948-8683
electionsr1@alaska.gov

Region II Elections Office
Anchorage Office
2525 Gambell St Ste 100
Anchorage AK 99503-2838
(907) 522-8683 – Telepono
(907) 522-2341 - Fax
Walang Bayad 1-866-958-8683
electionsr2a@alaska.gov

Region III Elections Office
675 7th Ave Ste H3
Fairbanks, AK 99701-4542
(907) 451-2835 – Telepono
(907) 451-2832 - Fax
Walang Bayad 1-866-959-8683
electionsr3@alaska.gov

Region IV Elections Office
PO Box 577
Nome, AK 99762-0577
(907) 443-5285 - Telepono
(907) 443-2973 - Fax
Walang Bayad 1-866-953-8683
electionsr4@alaska.gov

Matanuska-Susitna Office
North Fork Professional Building
1700 E. Bogard Rd Ste B102
Wasilla AK 99654-6565
(907) 373-8952 - Telepono
(907) 373-8953 - Fax
electionsr2m@alaska.gov

Tulong sa Katutubong Wika
Walang Bayad 1-866-954-8683

Bisitahin ang aming website sa: www.elections.alaska.gov

Mga Tanggapan ng Pamublikong Tulong

<p>ANCHORAGE University Center 4001 Ingra Street, Suite 131 Anchorage, AK 99503 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: (907) 269-6520 o 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>BETHEL 460 Ridgecrest Drive, Suite 121 Pagpapadala ng koreo: P.O. Box 365 Bethel, AK 99559 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>FAIRBANKS 675 7th Ave, Station E Fairbanks, AK 99701 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>HOMER 3670 Lake Street, Suite 200 Homer, AK 99603 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>JUNEAU 10002 Glacier Highway, Suite 201 Pagpapadala ng koreo: P.O. Box 110642 Juneau, AK 99811-0642 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>KENAI 11312 Kenai Spur Highway, Suite 2 Kenai, AK 99611 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>KETCHIKAN 2030 Sea Level Drive, Suite 301 Pagpapadala ng koreo: P.O. Box 5560 Ketchikan, AK 99901 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>KODIAK 211 Mission Road, Suite 101 Kodiak, AK 99615 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>PANGMATAGALANG PANGANGALAGA University Center 4001 Ingra Street, Suite 131 Anchorage, AK 99503 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: (907) 269-6520 o 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>NOME 214 E. Front Street Nome, AK 99762 Pagpapadala ng koreo: 675 7th Ave, Station E Fairbanks, AK 99701 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>SITKA 304 Lake Street, Suite 101 Sitka, AK 99835 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>WASILLA 855 W. Commercial Drive Wasilla, AK 99654 Telepono: 1-800-478-7778 Fax: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>

Kung kailangan mo ng tagapagsalin ng wika, tumawag sa 1-800-478-7778 at magbibigay kami ng tagapagsalin nang walang bayad. Kung ikaw ay bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita, i-dial ang 711 para makipag-ugnayan sa isang Alaska Relay Communications Assistant.