



Aplikasyon para sa Saklaw sa Kalusugan at Tulong sa Pagbabayad ng mga Gastos



Gamitin ang aplikasyong ito upang makita kung ano ang mga pagpipilian sa saklaw kung saan kwalipikado ka

- **Mga abot-kayang pribadong plano sa insurance sa kalusugan na nag-aalok ng kumprehensibong saklaw upang matulungan kang manatiling malusog**
- Isang bagong kredito sa buwis na maaaring makatulong kaagad sa pagbabayad ng iyong mga premium para sa saklaw sa kalusugan
- Libre o murang insurance mula sa Medicaid o North Carolina Health Choice (NCHC)
- Maaari kang maging kwalipikado para sa isang libre o murang programa kahit na kumikita ka ng hanggang \$94,000 kada taon (para sa isang pamilya na may apat na miyembro)



Sino ang maaaring gumamit ng aplikasyong ito?

- Gamitin ang aplikasyong ito upang mag-apply para sa kahit sino sa iyong pamilya
- Mag-apply kahit na ikaw o ang iyong anak ay may saklaw na sa kalusugan. Maaari kwalipikado ka para sa mas mura o libreng saklaw.
- Kung ikaw ay walang asawa, maaaring makagamit ka ng maikling form: www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/applications.htm
- Maaaring mag-apply ang mga pamilya na kinabibilangan ng mga imigrante. Maaari kang mag-apply para sa iyong anak kahit hindi ka kwalipikado para sa saklaw. Ang pag-apply ay hindi makakaapekto sa iyong katayuan ng imigrasyon o pagkakataong maging permanenteng residente o mamamayan.
- Kung may tumutulong sa iyo na punan ang aplikasyong ito, maaaring kailanganin mong kumpletuhin ang Appendix C.



Mag-apply nang mas mabilis online

- **Mag-apply nang mas mabilis online sa <https://epass.nc.gov>**



Ano ang maaaring kailanganin mo upang mag-apply

- **Mga Social Security Number (o mga numero ng dokumento para sa sinumang legal na imigrante na nangangailangan ng insurance)**
- Mga employer at impormasyon sa kita para sa lahat ng tao sa iyong pamilya (halimbawa, mula sa mga paystub, W-2 form, o pahayag ng sahod at buwis)
- Mga numero ng policy para sa anumang kasalukuyang insurance sa kalusugan
- Impormasyon tungkol sa anumang insurance sa kalusugan na may kaugnayan sa trabaho na magagamit ng iyong pamilya
- Patunay ng Pagkakakilanlan
- Patunay ng Pagiging Residente ng NC



Bakit namin hinihiling ang impormasyong ito

Nagtatanong kami tungkol sa iyong kita at iba pang impormasyon upang ipaalam sa iyo kung ano ang saklaw kung saan kwalipikado ka, at kung maaari kang makakuha ng anumang tulong sa pagbabayad nito. Pananatilihin naming pribado at ligtas ang lahat ng impormasyong ibinibigay mo, ayon sa kinakailangan ng batas. Upang tingnan ang Pahayag sa Batas sa Pagkapribado, pumunta sa www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/rights.htm



Ano ang susunod na mangyayari?

Ipadala ang iyong kumpleto at nilagdaang aplikasyon sa Departamento ng mga Serbisyong Panlipunan sa county kung saan ka nakatira (www.ncdhhs.gov/dss/local/). Kung wala ka sa iyo ang lahat ng impormasyong hinihiling namin, lagdaan at isumite pa rin ang iyong aplikasyon. Babalikan ka namin sa loob ng 1-2 linggo. Makakakuha ka ng mga tagubilin sa mga susunod na hakbang upang makumpleto ang iyong aplikasyon para sa saklaw sa kalusugan. Kung wala kang mabalitaan mula sa amin, bisitahin ang www.ncdhhs.gov/dss/local/ o tumawag sa 1-888-245-0179. Ang pagsagot sa aplikasyong ito ay hindi nangangahulugang kailangan mong bumili ng saklaw sa kalusugan.



Paghingi ng tulong sa aplikasyong ito

- **Telepono: Tumawag sa iyong lokal na tanggapan ng DSS**
- Sa personal: Bisitahin ang iyong lokal na tanggapan ng DSS. Upang mahanap ang lokasyon ng iyong tanggapan ng DSS, bisitahin ang www.ncdhhs.gov/dss/local/ o tumawag sa 1-888-245-0179.
- En espanol: Llame su oficina de DSS local. Para obtener mas informacion visite www.ncdhhs.gov/dss/local/ o llame al 1-88-245-0179.



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 1 – Magsabi sa amin tungkol sa iyong sarili

1. Unang pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix			
2. Address ng tirahan (Iwanang blangko kung wala)		3. Numero ng Apartment o Suite	
4. Lungsod	5. Estado	6. Zip Code	7. County
8. Mailing Address (kung iba sa address ng tirahan)		9. Numero ng Apartment o Suite	
10. Lungsod	11. Estado	12. Zip Code	13. County
14. Numero ng Telepono		15. Iba pang Numero ng Telepono	
16. Sa anong wika mo gustong makipag-usap o magsulat (kung hindi English)?			
17. Kung HINDI ka nakarehistro upang bumoto sa kung saan ka nakatira ngayon, gusto mo bang magparehistro upang makaboto dito ngayong araw? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Ang pag-apply upang magparehistro o pagtanggap na magparehistro upang bumoto ay hindi makakaapekto sa halaga ng tulong na ibibigay sa iyo ng ahensya.			

HAKBANG 2 – Magsabi sa amin tungkol sa iyong pamilya

Sino ang kailangan mong isama sa aplikasyong ito?

Magsabi sa amin tungkol sa lahat ng miyembro ng pamilya na kasama mo sa bahay. Kung magfa-file ka ng mga buwis, kailangan naming malaman ang tungkol sa lahat ng taong nasa iyong tax return. (Hindi mo kailangang mag-file ng mga buwis upang makakuha ng saklaw sa kalusugan).

Isama ang

- Iyong sarili
- Iyong Asawa
- Iyong mga anak na wala pang 21 na kasama mo sa bahay
- Sinumang isinama mo sa iyong pederal na tax return, kahit na hindi mo sila kasama sa bahay
- Sinupamang wala pang 21 na inaalagaan mo at kasama mo sa bahay

HINDI mo kailangang isama ang

- Iyong mga magulang na kasama mo sa bahay, ngunit nagfa-file ng kanilang sariling tax return (kung ikaw ay mas matanda sa 21)
- Iba pang kamag-anak na nasa hustong gulang na nagfa-file ng kanilang sariling tax return.

Ang halaga ng tulong o uri ng programa kung saan ka kwalipikado ay nakadepende sa bilang ng mga tao sa iyong pamilya at sa kanilang mga kita. Ang impormasyong ito ay tumutulong sa amin na tiyakin na makakakuha ang lahat ng tao ng pinakamamagandang saklaw na makakaya.

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para sa bawat tao sa iyong pamilya. Magsimula sa iyong sarili, pagkatapos ay magdagdag ng iba pang nasa hustong gulang at bata. Kung mayroon kang mahigit 4 na tao sa iyong pamilya, kakailanganin mong gumawa ng kopya ng mga pahina at ilakip ang mga ito. **Hindi mo kailangang magbigay ng katayuan ng imigrasyon o Social Security Number (SSN) para sa mga miyembro ng pamilya na hindi nangangailangan ng saklaw sa kalusugan.** Pananatilihin naming pribado at ligtas ang lahat ng impormasyong ibinibigay mo, ayon sa kinakailangan ng batas. Gagamitin lamang namin ang personal na impormasyon upang suriin kung ikaw ay kwalipikado para sa saklaw sa kalusugan.



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county

(<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 2 – Tao 1 (Magsimula sa Iyong Sarili)

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para sa iyong sarili, sa iyong asawa, sa iyong mga anak na wala pang 21 taong gulang na kasama mo sa bahay, at sa sinumang na-claim mo sa iyong pederal na tax return kahit na hindi mo sila kasama sa bahay. Tingnan sa pahina 1 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung sino ang isasama. Kung hindi ka magfa-file ng tax return, tandaan na idagdag pa rin ang mga miyembro ng pamilya na kasama mo sa bahay.

1. Unang pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix _____

2. Relasyon sa iyo:
SARILI

3. Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy): _____

4. Kasarian Lalaki Babae

5. Social Security Number (SSN): _____

TANDAAN: Kailangan namin ito kung gusto mo ng saklaw sa kalusugan at mayroon kang SSN. Ginagamit namin ang mga SSN upang suriin ang kita at iba pang impormasyon upang makita kung sino ang kwalipikado para sa tulong sa mga gastos sa saklaw sa kalusugan. Kung may gustong humingi ng tulong sa pagkuha ng SSN, tumawag sa 1-800-772-1213 o bumisita sa [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov); ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778

6. Plano mo bang mag-file ng pederal na income tax return sa SUSUNOD NA TAON? (Maaari ka pa ring mag-apply para sa insurance sa kalusugan kahit na hindi ka mag-file ng isang pederal na income tax return)

Oo Kung oo, sagutin ang tanong a-c **Hindi** Kung hindi, lumaktaw sa tanong c.


a. Magfa-file ka ba nang kasabay ang asawa? Oo Hindi Kung oo, pangalan ng asawa: _____


b. May ike-claim ka bang sinumang dependent sa iyong tax return? Oo Wala
Kung oo, ilista ang (mga) pangalan ng mga dependent: _____

c. Ike-claim ka ba bilang dependent sa tax return ng ibang tao? Oo Hindi
Kung oo, ilista ang pangalan ng magfa-file ng buwis: _____
Ano ang relasyon mo sa magfa-file ng buwis na ito? _____

7. Kailangan mo ba ng saklaw sa kalusugan?

(Kahit na mayroon kang insurance, maaaring may programang may mas magandang saklaw o mga mas mababang gastos.)

Oo, Kung oo, sagutin ang lahat ng tanong sa ibaba 

Hindi, Kung hindi, LUMAKTAW sa tanong sa kita sa pahina 4. Iwanang blangko ang natitirang bahagi ng seksyong ito 

8. Isa ka bang mamamayan ng U.S. o U.S. National? Oo Hindi

9a. Kung hindi ka mamamayan ng U.S. o U.S. national, mayroon ka bang kwalipikadong katayuan ng imigrasyon?

Oo. Punan ang iyong uri ng dokumento at numero ng ID sa ibaba:

a. Uri ng dokumento sa imigrasyon: _____

b. Numero ng ID ng dokumento: _____

c. Petsa ng pagpasok sa U.S.: _____

d. Ikaw ba, o ang iyong asawa, o magulang ay isang beterano o aktibong miyembro ng Militar ng U.S.?

Oo Hindi

9b. Kung hindi ka mamamayan ng U.S. o U.S. national, nagkaroon ka ba ng medikal na

emergency sa nakalipas na 3 buwan, o inaasahan mo bang magkaroon ka ng isang medikal na emergency sa susunod na 45-90 araw.

Oo Hindi

Kabilang sa medikal na emergency ang panganganak o operasyong magliligtas ng buhay.

10. Kung Hispanic/Latino, etnisidad (OPSYONAL – lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

Mexican Mexican-American Puerto Rican Cuban Iba pa: _____



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county

(<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame

1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang

kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

11. Lahi (OPSYONAL – Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

- White o Caucasian Black o African-American Asian Native Hawaiian
 Iba pang Pacific Islander
 American Indian o Alaska Native (Kung oo, kumpletuhin ang Appendix B)
Iba pa: _____
-

12. Residente ka ba ng North Carolina? Oo Hindi

13. Buntis ka ba Oo Hindi Kung oo, ilan ang inaasahang sanggol sa pagbubuntis na ito? _____

14. May kasama ka ba sa bahay na kahit isang bata na wala pang 18 taong gulang, at ikaw ba ang pangunahing taong nag-aalaga sa batang iyon?

- Oo Hindi

15. Nasa Foster Care ka ba sa North Carolina noong naging 18 ka?

- Oo Hindi
-

16. May kapansanan ka ba?

- Oo Wala

16b. Ikaw ba ay 65 o pataas?

- Oo Hindi

16c. Bulag ka ba?

- Oo Hindi
-

17. Mayroon ka bang pisikal, mental, o emosyonal na kundisyon na nagiging sanhi ng mga limitasyon sa mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (tulad ng pagligo, pagbibihis, pang-araw-araw na gawain, atbp.), nakatira ka ba sa isang medikal na pasilidad, nursing home, at/o kailangan mo ba ng mga serbisyo sa bahay at komunidad (CAP)? Oo Hindi

18. Gusto mo ba ng tulong sa pagbabayad ng mga medikal na bayarin sa huling 3 buwan Oo Hindi



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 2 – Tao 1 (Magpatuloy sa Iyong Sarili)

Impormasyon sa Kasalukuyang Trabaho at Kita

19. Ikaw ba ay: (lagyan ng check ang isa)

Nagtatrabaho

Kung kasalukuyan kang nagtatrabaho, magsabi sa amin tungkol sa iyong kita. Magsimula sa tanong 20.

Self-Employed

Lumaktaw sa Tanong 29.

Hindi nagtatrabaho

Lumaktaw sa Tanong 30.

KASALUKUYANG TRABAHO 1:

20. Pangalan at address ng employer

21. Numero ng telepono ng employer: () -

22. Mga sahod/tip (bago ang mga buwis) Kada oras Kada linggo Tuwing 2 linggo Dalawang beses sa isang buwan Kada buwan Kada taon \$ _____

23. Average na oras ng pagtatrabaho kada LINGGO: _____

KASALUKUYANG TRABAHO 2: (Kung mayroon ka pang ibang trabaho at kailangan mo ng higit pang espasyo, maglakip ng isa pang sheet ng papel)

24. Pangalan at address ng employer

25. Numero ng telepono ng employer: () -

26. Mga sahod/tip (bago ang mga buwis) Kada oras Kada linggo Tuwing 2 linggo Dalawang beses sa isang buwan Kada buwan Kada taon \$ _____

27. Average na oras ng pagtatrabaho kada LINGGO: _____

28. Sa nakalipas na taon, ikaw ba ay:

- Nagpalit ng Trabaho Huminto sa Pagtatrabaho Nagsimulang magtrabaho nang mas kaunting oras
 Wala sa mga ito

29. Kung self-employed, sagutin ang mga sumusunod na tanong:

- Uri ng trabaho: _____
 Magkano ang net na kita (mga kita pagkatapos bayaran ang mga gastos sa negosyo) na makukuha mo mula sa self-employment na ito ngayong buwan? _____

30. **IBA PANG KITA NGAYONG BUWAN:** Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo ito nakukuha.

TANDAAN: Hindi mo kailangang sabihin sa amin ang tungkol sa suporta sa bata, mga benepisyo ng beterano, o Supplemental Security Income (SSI).

- | | | | | | |
|---|----------|---------------------|--|----------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Wala | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Net na pagsasaka/pangin gisda | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Kawalan ng Trabaho | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Net na rental/royalty | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Mga Pensyon | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Iba pang kita | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Social Security | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | Uri: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Mga Account sa Pagreretiro | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Natatanggap na Sustento | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | | | |




KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county

(<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

31. **MGA NAIBABAWAS:** Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo ito nakukuha.

Kung nagbabayad ka para sa ilang partikular na bagay na maaaring ibawas sa isang pederal na income tax return, kapag sinabi sa amin ang tungkol sa mga ito, maaaring bahagyang bumaba ang halaga ng saklaw sa kalusugan. Hindi ka dapat magsama ng gastos na isinaalang-alang mo na sa iyong sagot sa net na self-employment (tanong 29b)

- Binabayaranang Sustento \$_____ Gaano Kadalas_____
- Interes sa Pautang ng Mag-aaral \$_____ Gaano Kadalas_____
- Iba pang Naibabawas \$_____ Gaano Kadalas_____ Uri:_____

32. **TAUNANG KITA:** Kumpletuhin lamang kung ang iyong kita ay nagbabago bawat buwan. Kung wala kang inaasahang pagbabago sa iyong buwanang kita, magdagdag ng ibang tao o lumaktaw sa susunod na seksyon. 

Ang iyong kabuuang kita ngayong taon \$_____

Ang iyong kabuuang kita sa susunod na taon (kung sa tingin mo ay magiging iba ito) \$ _____



SALAMAT! Ito lamang ang kailangan naming malaman tungkol sa IYO



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 2 – Tao 2

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para kay TAO 2, sa kanyang asawa, sa kanyang mga anak na wala pang 21 taong gulang na kasama niya sa bahay, at sinumang na-claim niya sa kanyang pederal na tax return kahit na hindi sila kasama ni TAO 2 sa bahay. Tingnan ang pahina 1 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung sino ang isasama. Kung hindi magfa-file ng tax return si TAO 2, tandaan na idagdag pa rin ang mga miyembro ng pamilya na kasama niya sa bahay.

1. Unang pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix		2. Relasyon sa iyo:
3. Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy): _____	4. Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	
5. Social Security Number (SSN): _____ (Kailangan lamang kung mag-a-apply para sa tulong)		
6. Plano ba ni TAO 2 na mag-file ng pederal na income tax return sa SUSUNOD NA TAON? (Maaari pa rin siyang mag-apply para sa insurance sa kalusugan kahit na hindi siya mag-file ng isang pederal na income tax return)		
<input type="checkbox"/> Oo Kung oo, sagutin ang tanong a-c <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi, lumaktaw sa tanong c.		
a. Magfa-file ba si TAO 2 nang kasabay ang asawa? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, pangalan ng asawa: _____		
b. May ike-claim ba si TAO 2 na sinumang dependent sa kanyang tax return? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, ilista ang (mga) pangalan ng mga dependent: _____		
c. Ike-claim ba si TAO 2 bilang dependent sa tax return ng ibang tao? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, ilista ang pangalan ng magfa-file ng buwis: _____ May relasyon ba si TAO 2 sa magfa-file ng buwis na ito? Kung oo, ano? _____		
7. Kailangan ba ni TAO 2 ng saklaw sa kalusugan? (Kahit na mayroon siyang insurance, maaaring may programang may mas magandang saklaw o mga mas mababang gastos.)		
<input type="checkbox"/> Oo , Kung oo, sagutin ang lahat ng tanong sa ibaba 		
<input type="checkbox"/> Hindi , Kung hindi, LUMAKTAW sa tanong sa kita sa pahina 8. Iwanang blangko ang natitirang bahagi ng seksyong ito 		
8. Mamamayan ng U.S. o U.S. National ba si TAO 2? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
9a. Kung hindi mamamayan ng U.S. o U.S. national si TAO 2, mayroon ba siyang kwalipikadong katayuan ng imigrasyon?		
<input type="checkbox"/> Oo. Punan ang kanyang uri ng dokumento at numero ng ID sa ibaba:		
a. Uri ng dokumento sa imigrasyon: _____		
b. Numero ng ID ng dokumento: _____		
c. Petsa ng pagpasok sa U.S.: _____		
d. Si TAO 2 ba, ang kanyang asawa, o magulang ay isang beterano o aktibong miyembro ng Militar ng U.S.? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
10. Kung Hispanic/Latino, etnisidad (OPSYONAL – lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)		
<input type="checkbox"/> Mexican <input type="checkbox"/> Mexican-American <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Iba pa: _____		



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

11. Lahi (OPSYONAL – Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

- White o Caucasian Black o African-American Asian Native Hawaiian
 Iba pang Pacific Islander
 American Indian o Alaska Native (Kung oo, kumpletuhin ang Appendix B)
 Iba pa: _____

12. Si TAO 2 ba ay nakatira sa address na pareho sa iyo? Kung hindi, ilista ang address:

13. Residente ba ng North Carolina si TAO 2?

- Oo Hindi

14. Buntis ba si TAO 2? Oo Hindi Kung oo, ilan ang inaasahang sanggol sa pagbubuntis na ito? _____

15. May kasama ba sa bahay si TAO 2 na kahit isang bata na wala pang 18 taong gulang, at siya ba ang pangunahing taong nag-aalaga sa batang iyon?

- Oo Hindi

16. Nasa Foster Care ba si TAO 2 sa North Carolina noong naging 18 siya?

- Oo Hindi

17a. May kapansanan ba si TAO 2?

- Oo Wala

17b. Si TAO 2 ba ay may edad na 65 o mas matanda?

- Oo Hindi

17c. Bulag ba si TAO 2?

- Oo Hindi

18. Si TAO 2 ba ay may pisikal, mental, o emosyonal na kundisyon na nagiging sanhi ng mga limitasyon sa mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (tulad ng pagligo, pagbibihis, pang-araw-araw na gawain, atbp.), nakatira ba siya sa isang medikal na pasilidad, nursing home, at/o kailangan ba niya ng mga serbisyo sa bahay at komunidad (CAP)? Oo Hindi

19. Kailangan ba ni TAO 2 ng tulong sa pagbabayad ng mga medikal na bayarin sa huling 3 buwan Oo Hindi

Sagutin ang mga sumusunod na tanong kung si TAO 2 ay edad 22 o mas bata:

20. Nagkaroon ba ng insurance si TAO 2 sa pamamagitan ng isang trabaho at nawala ito sa nakalipas na 3 buwan?

- Oo Hindi

a. Kung oo, petsa ng pagtatapos: _____ b. Dahilan kung bakit natapos ang insurance: _____



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 2 – Tao 2

Impormasyon sa Kasalukuyang Trabaho at Kita

21. Si Tao 2 ba ay (lagyan ng check ang isa)

Nagtatrabaho

Kung kasalukuyan kang nagtatrabaho, magsabi sa amin tungkol sa iyong kita. Magsimula sa tanong 22.

Self-Employed

Lumaktaw sa Tanong 31.

Hindi nagtatrabaho

Lumaktaw sa Tanong 32.

KASALUKUYANG TRABAHO 1:

22. Pangalan at address ng employer

23. Numero ng telepono ng employer: () -

24. Mga sahod/tip (bago ang mga buwis) Kada oras Kada linggo Tuwing 2 linggo Dalawang beses sa isang buwan Kada buwan Kada taon \$ _____

25. Average na oras ng pagtatrabaho kada LINGGO: _____

KASALUKUYANG TRABAHO 2: (Kung mayroon ka pang ibang trabaho at kailangan mo ng higit pang espasyo, maglakip ng isa pang sheet ng papel)

26. Pangalan at address ng employer

27. Numero ng telepono ng employer: () -

28. Mga sahod/tip (bago ang mga buwis) Kada oras Kada linggo Tuwing 2 linggo Dalawang beses sa isang buwan Kada buwan Kada taon \$ _____

29. Average na oras ng pagtatrabaho kada LINGGO: _____

30. Sa nakalipas na taon, si TAO 2 ba ay:

Nagpalit ng Trabaho Huminto sa Pagtatrabaho Nagsimulang magtrabaho nang mas kaunting oras Wala sa mga ito

31. Kung self-employed, sagutin ang mga sumusunod na tanong:

- a. Uri ng trabaho: _____
b. Magkano ang net na kita (mga kita pagkatapos bayaran ang mga gastos sa negosyo) na makukuha mo mula sa self-employment na ito ngayong buwan? _____

32. **IBA PANG KITA NGAYONG BUWAN:** Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo ito nakukuha.

TANDAAN: Hindi kailangang sabihin ni TAO 2 sa amin ang tungkol sa suporta sa bata, mga benepisyo ng beterano, o Supplemental Security Income (SSI).

- | | | | |
|---|------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wala | \$ _____ Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Net na pagsasaka/pangingisda | \$ _____ Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Kawalan ng Trabaho | \$ _____ Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Net na rental/royalty | \$ _____ Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Mga Pensyon | \$ _____ Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Iba pang kita | \$ _____ Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Social Security | \$ _____ Gaano Kadalas _____ | Uri: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mga Account sa Pagreretiro | \$ _____ Gaano Kadalas _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Natatanggap na Sustento | \$ _____ Gaano Kadalas _____ | | |




KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county

(<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

33. **MGA NAIBABAWAS:** Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo ito nakukuha.

Kung nagbabayad ka para sa ilang partikular na bagay na maaaring ibawas sa isang pederal na income tax return, kapag sinabi sa amin ang tungkol sa mga ito, maaaring bahagyang bumaba ang halaga ng saklaw sa kalusugan. Hindi ka dapat magsama ng gastos na isinaalang-alang mo na sa iyong sagot sa net na self-employment (tanong 31b)

- Binabayaranang Sustento \$ _____ Gaano Kadalas _____
- Interes sa Pautang ng Mag-aaral \$ _____ Gaano Kadalas _____
- Iba pang Naibabawas \$ _____ Gaano Kadalas _____ Target: _____

34. **TAUNANG KITA:** Kumpletuhin lamang kung ang kita ni TAO 2 ay nagbabago bawat buwan. Kung wala kang inaasahang pagbabago sa buwanang kita ni TAO 2, magdagdag ng ibang tao o lumaktaw sa susunod na seksyon. 

Ang kabuuang kita ni TAO 2 ngayong taon \$ _____

Ang kabuuang kita ni TAO 2 sa susunod na taon (kung sa tingin mo ay magiging iba ito) \$ _____

SALAMAT! Ito lamang ang kailangan naming malaman tungkol kay TAO 2



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 2 – Tao 3

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para kay TAO 3, sa kanyang asawa, sa kanyang mga anak na wala pang 21 taong gulang na kasama niya sa bahay, at sinumang na-claim niya sa kanyang pederal na tax return kahit na hindi sila kasama ni TAO 3 sa bahay. Tingnan ang pahina 1 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung sino ang isasama. Kung hindi magfa-file ng tax return si TAO 3, tandaan na idagdag pa rin ang mga miyembro ng pamilya na kasama niya sa bahay.

1. Unang pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix _____

2. Relasyon sa iyo: _____

3. Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy): _____

4. Kasarian Lalaki Babae

5. Social Security Number (SSN): _____
(Kailangan lamang kung mag-a-apply para sa tulong)

6. Plano ba ni TAO 3 na mag-file ng pederal na income tax return sa SUSUNOD NA TAON? (Maaari pa rin siyang mag-apply para sa insurance sa kalusugan kahit na hindi siya mag-file ng isang pederal na income tax return)

Oo Kung oo, sagutin ang tanong a-c **Hindi** Kung hindi, lumaktaw sa tanong c.

a. Magfa-file ba si TAO 3 nang kasabay ang asawa? Oo Hindi
Kung oo, pangalan ng asawa: _____


b. May ike-claim ba si TAO 3 na sinumang dependent sa kanyang tax return? Oo Hindi
Kung oo, ilista ang (mga) pangalan ng mga dependent: _____


c. Ike-claim ba si TAO 3 bilang dependent sa tax return ng ibang tao? Oo Hindi

Kung oo, ilista ang pangalan ng magfa-file ng buwis: _____
May relasyon ba si TAO 3 sa magfa-file ng buwis na ito? Kung oo, ano? _____

7. Kailangan ba ni TAO 3 ng saklaw sa kalusugan?

(Kahit na mayroon siyang insurance, maaaring may programang may mas magandang saklaw o mga mas mababang gastos.)

Oo, Kung oo, sagutin ang lahat ng tanong sa ibaba 

Hindi, Kung hindi, LUMAKTAW sa tanong sa kita sa pahina 11. Iwanang blangko ang natitirang bahagi ng seksyong ito 

8. Mamamayan ng U.S. o U.S. National ba si TAO 3? Oo Hindi

9a. Kung hindi mamamayan ng U.S. o U.S. national si TAO 3, mayroon ba siyang kwalipikadong katayuan ng imigrasyon?

Oo. Punan ang kanyang uri ng dokumento at numero ng ID sa ibaba:

a. Uri ng dokumento sa imigrasyon: _____

b. Numero ng ID ng dokumento: _____

c. Petsa ng pagpasok sa U.S.: _____

d. Si TAO 3 ba, ang kanyang asawa, o magulang ay isang beterano o aktibong miyembro ng Militar ng U.S.?

Oo Hindi

10. Kung Hispanic/Latino, etnisidad (OPSYONAL – lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

Mexican Mexican-American Puerto Rican Cuban Iba pa: _____

11. Lahi (OPSYONAL – Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

White o Caucasian Black o African-American Asian Native Hawaiian

Iba pang Pacific Islander

American Indian o Alaska Native (Kung oo, kumpletuhin ang Appendix B)

Iba pa: _____



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county

(<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame

1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang

kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

12. Si TAO 3 ba ay nakatira sa address na pareho sa iyo? Kung hindi, ilista ang address: _____	13. Residente ba ng North Carolina si TAO 3? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
14. Buntis ba si TAO 3? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, ilan ang inaasahang sanggol sa pagbubuntis na ito? ____		
15. May kasama ba sa bahay si TAO 3 na kahit isang bata na wala pang 18 taong gulang, at siya ba ang pangunahing taong nag-aalaga sa batang iyon? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	16. Nasa Foster Care ba si TAO 3 sa North Carolina noong naging 18 siya? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
17a. May kapansanan ba si TAO 3? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala	17b. Si TAO 3 ba ay may edad na 65 o mas matanda? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	17c. Bulag ba si TAO 3? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
18. Si TAO 3 ba ay may pisikal, mental, o emosyonal na kundisyon na nagiging sanhi ng mga limitasyon sa mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (tulad ng pagligo, pagbibihis, pang-araw-araw na gawain, atbp.), nakatira ba siya sa isang medikal na pasilidad, nursing home, at/o kailangan ba niya ng mga serbisyo sa bahay at komunidad (CAP)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
19. Kailangan ba ni TAO 3 ng tulong sa pagbabayad ng mga medikal na bayarin sa huling 3 buwan <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		

Sagutin ang mga sumusunod na tanong kung si TAO 3 ay edad 22 o mas bata:

20. Nagkaroon ba ng insurance si TAO 3 sa pamamagitan ng isang trabaho at nawala ito sa nakalipas na 3 buwan?
 Oo Hindi
 a. Kung oo, petsa ng pagtatapos: ____ b. Dahilan kung bakit natapos ang insurance: _____



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 2 – Tao 3

Impormasyon sa Kasalukuyang Trabaho at Kita

21. Si Tao 3 ba ay (lagyan ng check ang isa)

Nagtatrabaho

Kung kasalukuyan kang nagtatrabaho, magsabi sa amin tungkol sa iyong kita. Magsimula sa tanong 22.

Self-Employed

Lumaktaw sa Tanong 31.

Hindi nagtatrabaho

Lumaktaw sa Tanong 32.

KASALUKUYANG TRABAHO 1:

22. Pangalan at address ng employer

23. Numero ng telepono ng employer: () -

24. Mga sahod/tip (bago ang mga buwis) Kada oras Kada linggo Tuwing 2 linggo Dalawang beses sa isang buwan Kada buwan Kada taon \$ _____

25. Average na oras ng pagtatrabaho kada LINGGO: _____

KASALUKUYANG TRABAHO 2: (Kung mayroon ka pang ibang trabaho at kailangan mo ng higit pang espasyo, maglakip ng isa pang sheet ng papel)

26. Pangalan at address ng employer

27. Numero ng telepono ng employer: () -

28. Mga sahod/tip (bago ang mga buwis) Kada oras Kada linggo Tuwing 2 linggo Dalawang beses sa isang buwan Kada buwan Kada taon \$ _____

29. Average na oras ng pagtatrabaho kada LINGGO: _____

30. Sa nakalipas na taon, si TAO 3 ba ay:

Nagpalit ng Trabaho Huminto sa Pagtatrabaho Nagsimulang magtrabaho nang mas kaunting oras
 Wala sa mga ito

31. Kung self-employed, sagutin ang mga sumusunod na tanong:

- a. Uri ng trabaho: _____
b. Magkano ang net na kita (mga kita pagkatapos bayaran ang mga gastos sa negosyo) na makukuha mo mula sa self-employment na ito ngayong buwan? _____

32. **IBA PANG KITA NGAYONG BUWAN:** Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo ito nakukuha.

TANDAAN: Hindi kailangang sabihin ni TAO 3 sa amin ang tungkol sa suporta sa bata, mga benepisyo ng beterano, o Supplemental Security Income (SSI).

- | | | | | |
|---|----------|---------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wala | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Net na pagsasaka/ \$ _____ | Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Kawalan ng Trabaho | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Net na rental/royalty | \$ _____ Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Mga Pensyon | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Iba pang kita | \$ _____ Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Social Security | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | Uri: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mga Account sa Pagreretiro | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Natatanggap na Sustento | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | | |



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county


(<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

33. **MGA NAIBABAWAS:** Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo ito nakukuha.

Kung nagbabayad si TAO 3 para sa ilang partikular na bagay na maaaring ibawas sa isang pederal na income tax return, kapag sinabi sa amin ang tungkol sa mga ito, maaaring bahagyang bumaba ang halaga ng saklaw sa kalusugan.

Huwag magsama ng gastos na isinaalang-alang na ni TAO 3 sa iyong sagot sa net na self-employment (tanong 31b)

- Binabayaranang Sustento \$_____ Gaano Kadalas_____
- Interes sa Pautang ng \$_____ Gaano Kadalas_____
Mag-aaral
- Iba pang Naibabawas \$_____ Gaano Kadalas_____ Uri:_____

34. **TAUNANG KITA:** Kumpletuhin lamang kung ang kita ni TAO 3 ay nagbabago bawat buwan. Kung wala kang inaasahang pagbabago sa buwanang kita ni TAO 3, magdagdag ng ibang tao o lumaktaw sa susunod na seksyon. 

Ang kabuuang kita ni TAO 3 ngayong taon \$_____

Ang kabuuang kita ni TAO 3 sa susunod na taon (kung sa tingin mo ay magiging iba ito) \$ _____

SALAMAT! Ito lamang ang kailangan naming malaman tungkol kay TAO 3



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 2 – Tao 4

Kumpletuhin ang Hakbang 2 para kay TAO 4, sa kanyang asawa, sa kanyang mga anak na wala pang 21 taong gulang na kasama niya sa bahay, at sinumang na-claim niya sa kanyang pederal na tax return kahit na hindi sila kasama ni TAO 4 sa bahay. Tingnan ang pahina 1 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung sino ang isasama. Kung hindi magfa-file ng tax return si TAO 4, tandaan na idagdag pa rin ang mga miyembro ng pamilya na kasama niya sa bahay.

1. Unang pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido, at Suffix

2. Relasyon sa iyo:

3. Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy): _____

4. Kasarian Lalaki Babae

5. Social Security Number (SSN): _____
(Kailangan lamang kung mag-a-apply para sa tulong)

6. Plano ba ni TAO 4 na mag-file ng pederal na income tax return sa SUSUNOD NA TAON? (Maaari pa rin siyang mag-apply para sa insurance sa kalusugan kahit na hindi siya mag-file ng isang pederal na income tax return)


Oo Kung oo, sagutin ang tanong a-c **Hindi** Kung hindi, lumaktaw sa tanong c.


a. Magfa-file ba si TAO 4 nang kasabay ang asawa? Oo Hindi
Kung oo, pangalan ng asawa: _____

b. May ike-claim bang sinumang dependent si TAO 4 sa kanyang tax return Oo Wala
Kung oo, ilista ang (mga) pangalan ng mga dependent: _____

c. Ike-claim ba si TAO 4 bilang dependent sa tax return ng ibang tao? Oo Hindi
Kung oo, ilista ang pangalan ng magfa-file ng buwis: _____
May relasyon ba si TAO 4 sa magfa-file ng buwis na ito? Kung oo, ano? _____

7. Kailangan ba ni TAO 4 ng saklaw sa kalusugan?
(Kahit na mayroon siyang insurance, maaaring may programang may mas magandang saklaw o mga mas mababang gastos.)

Oo, Kung oo, sagutin ang lahat ng tanong sa ibaba 

Hindi, Kung hindi, LUMAKTAW sa tanong sa kita sa pahina 14. Iwanang blangko ang natitirang bahagi ng seksyong ito 

8. Mamamayan ng U.S. o U.S. National ba si TAO 4? Oo Hindi

9a. Kung hindi mamamayan ng U.S. o U.S. national si TAO 4, mayroon ba siyang kwalipikadong katayuan ng imigrasyon?

Oo. Punan ang kanyang uri ng dokumento at numero ng ID sa ibaba:

e. Uri ng dokumento sa imigrasyon: _____

f. Numero ng ID ng dokumento: _____

g. Petsa ng pagpasok sa U.S.: _____

h. Si TAO 4 ba, ang kanyang asawa, o magulang ay isang beterano o aktibong miyembro ng Militar ng U.S.? Oo Hindi

10. Kung Hispanic/Latino, etnisidad (OPSYONAL – lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

Mexican Mexican-American Puerto Rican Cuban Iba pa: _____

11. Lahi (OPSYONAL – Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

White o Caucasian Black o African-American Asian Native Hawaiian

Iba pang Pacific Islander

American Indian o Alaska Native (Kung oo, kumpletuhin ang Appendix B)

Iba pa: _____



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county

(<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame

1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang

kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

<p>12. Si TAO 4 ba ay nakatira sa address na pareho sa iyo? Kung hindi, ilista ang address:</p> <hr/>	<p>13. Residente ba ng North Carolina si TAO 4? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>	
<p>14. Buntis ba si TAO 4? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, ilan ang inaasahang sanggol sa pagbubuntis na ito? _____</p>		
<p>15. May kasama ba sa bahay si TAO 4 na kahit isang bata na wala pang 18 taong gulang, at siya ba ang pangunahing taong nag-aalaga sa batang iyon? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>	<p>16. Nasa Foster Care ba si TAO 4 sa North Carolina noong naging 18 siya? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>	
<p>17a. May kapansanan ba si TAO 4? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala</p>	<p>17b. Si TAO 4 ba ay may edad na 65 o mas matanda? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>	<p>17c. Bulag ba si TAO 4? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>
<p>18. Si TAO 4 ba ay may pisikal, mental, o emosyonal na kundisyon na nagiging sanhi ng mga limitasyon sa mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (tulad ng pagligo, pagbibihis, pang-araw-araw na gawain, atbp.), nakatira ba siya sa isang medikal na pasilidad, nursing home, at/o kailangan ba niya ng mga serbisyo sa bahay at komunidad (CAP)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>		
<p>19. Kailangan ba ni TAO 4 ng tulong sa pagbabayad ng mga medikal na bayarin sa huling 3 buwan <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>		
<p>Sagutin ang mga sumusunod na tanong kung si TAO 4 ay edad 22 o mas bata:</p> <p>20. Nagkaroon ba ng insurance si TAO 4 sa pamamagitan ng isang trabaho at nawala ito sa nakalipas na 3 buwan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi a. Kung oo, petsa ng pagtatapos: _____ b. Dahilan kung bakit natapos ang insurance: _____</p>		



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 2 – Tao 4

Impormasyon sa Kasalukuyang Trabaho at Kita

21. Si Tao 4 ba ay (lagyan ng check ang isa)

Nagtatrabaho

Kung kasalukuyan kang nagtatrabaho, magsabi sa amin tungkol sa iyong kita. Magsimula sa tanong 22.

Self-Employed

Lumaktaw sa Tanong 31.

Hindi nagtatrabaho

Lumaktaw sa Tanong 32.

KASALUKUYANG TRABAHO 1:

22. Pangalan at address ng employer

23. Numero ng telepono ng employer: () -

24. Mga sahod/tip (bago ang mga buwis) Kada oras Kada linggo Tuwing 2 linggo

Dalawang beses sa isang buwan Kada buwan Kada taon \$ _____

25. Average na oras ng pagtatrabaho kada LINGGO: _____

KASALUKUYANG TRABAHO 2: (Kung mayroon ka pang ibang trabaho at kailangan mo ng higit pang espasyo, maglakip ng isa pang sheet ng papel)

26. Pangalan at address ng employer

27. Numero ng telepono ng employer: () -

28. Mga sahod/tip (bago ang mga buwis) Kada oras Kada linggo Tuwing 2 linggo Dalawang beses sa isang buwan Kada buwan Kada taon \$ _____

29. Average na oras ng pagtatrabaho kada LINGGO: _____

30. Sa nakalipas na taon, si TAO 4 ba ay:

Nagpalit ng Trabaho Huminto sa Pagtatrabaho Nagsimulang magtrabaho nang mas kaunting oras
 Wala sa mga ito

31. Kung self-employed, sagutin ang mga sumusunod na tanong:

- a. Uri ng trabaho: _____
b. Magkano ang net na kita (mga kita pagkatapos bayaran ang mga gastos sa negosyo) na makukuha mo mula sa self-employment na ito ngayong buwan? _____

32. **IBA PANG KITA NGAYONG BUWAN:** Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo ito nakukuha.

TANDAAN: Hindi kailangang sabihin ni TAO 4 sa amin ang tungkol sa suporta sa bata, mga benepisyo ng beterano, o Supplemental Security Income (SSI).

- | | | | | |
|---|----------|---------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wala | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Net na pagsasaka/ \$ _____ | Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Kawalan ng Trabaho | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Net na pangangisda | \$ _____ Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Mga Pensyon | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Net na rental/royalty | \$ _____ Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Social Security | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | <input type="checkbox"/> Iba pang kita | \$ _____ Gaano Kadalas _____ |
| <input type="checkbox"/> Mga Account sa Pagreretiro | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | Uri: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Natatanggap na Sustento | \$ _____ | Gaano Kadalas _____ | | |



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county


(<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

33. **MGA NAIBABAWAS:** Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop, at ibigay ang halaga at kung gaano kadalas mo ito nakukuha.

Kung nagbabayad si TAO 4 para sa ilang partikular na bagay na maaaring ibawas sa isang pederal na income tax return, kapag sinabi sa amin ang tungkol sa mga ito, maaaring bahagyang bumaba ang halaga ng saklaw sa kalusugan.

Huwag magsama ng gastos na isinaalang-alang na ni TAO 4 sa iyong sagot sa net na self-employment (tanong 31b)

- Binabayaranang Sustento \$ _____ Gaano Kadalas _____
- Interes sa Pautang ng \$ _____ Gaano Kadalas _____
Mag-aaral
- Iba pang Naibabawas \$ _____ Gaano Kadalas _____ Uri: _____

34. **TAUNANG KITA:** Kumpletuhin lamang kung ang kita ni TAO 4 ay nagbabago bawat buwan. Kung wala kang inaasahang pagbabago sa buwanang kita ni TAO 4, magdagdag ng ibang tao o lumaktaw sa susunod na seksyon. 

Ang kabuuang kita ni TAO 4 ngayong taon \$ _____

Ang kabuuang kita ni TAO 4 sa susunod na taon (kung sa tingin mo ay magiging iba ito) \$ _____

SALAMAT! Ito lamang ang kailangan naming malaman tungkol kay TAO 4

Kung mayroon ka pang taong isasama, gumawa ng kopya ng HAKBANG 3 TAO (pahina 6 hanggang 9) at kumpletuhin para sa bawat karagdagang tao



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 3

(Mga) American Indian o Alaska Native (AI/AN) na miyembro ng pamilya

1. Ikaw ba o sinuman sa hinihilingan mo ng tulong ay isang American Indian o Alaska Native?

- Kung oo, kumpletuhin ang Appendix B.
- Kung hindi, kumpletuhin ang Hakbang 4

HAKBANG 4 – Saklaw sa Kalusugan ng Iyong Pamilya

Sagutin ang mga tanong na ito para sa sinumang nangangailangan ng insurance sa kalusugan

1. May naka-enroll ba ngayon sa saklaw sa kalusugan mula sa mga sumusunod?

- Oo**
- Wala**

Kung oo, lagyan ng check ang uri ng saklaw at isulat ang (mga) pangalan ng (mga) tao sa tabi ng saklaw na mayroon sila:

- Medicaid: _____
- N.C. Health Choice (NCHC) _____
- Medicare: _____
- TRICARE (Huwag lagyan ng check kung mayroon kang Direct Care o Line of Duty)
- Mga programa sa pangangalagang pangkalusugan ng VA: _____
- Peace Corps: _____

Iba pa: _____

Pangalan ng Insurance sa Kalusugan: Numero ng
Policy: _____
Uri ng Saklaw: _____

2. May nakalista ba sa aplikasyong ito na inalok ng insurance sa kalusugan mula sa trabaho? Lagyan ng check ang oo kahit na ang saklaw ay mula sa trabaho ng ibang tao, tulad ng magulang o asawa.

- Oo** Kung oo, kakailanganin mong kumpletuhin at isama ang Appendix A
- Hindi** Kung hindi, magpatuloy sa hakbang 5.

3. Ikaw ba o sinumang humihingi ng tulong ay naaksidente sa nakalipas na 12 buwan? Oo Hindi

4. Mayroon bang bata sa aplikasyong ito na may magulang na hindi nakatira sa bahay? Oo Hindi



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

HAKBANG 5– Basahin at Lagdaan ang aplikasyong ito

- Nilalagdaan ko ang aplikasyong ito sa ilalim ng parusa ng perjury na nangangahulugang nagbigay ako ng mga totoong sagot sa lahat ng katanungan sa form na ito sa abot ng aking kaalaman. Alam ko na maaari akong maparusahan sa ilalim ng pederal na batas kung magbibigay ako ng mali at/o hindi totoong impormasyon.
- Alam ko na dapat kong sabihin sa Marketplace at Medicaid/NCHC kung may anumang magbago sa aplikasyong ito. Maaari akong bumisita sa www.ncdhhs.gov/dss/local/ o tumawag sa 1-888-245-0179 upang iulat ang anumang pagbabago. Nauunawaan ko na ang isang pagbabago sa aking impormasyon ay dapat na iulat sa loob ng 10 araw ng kalendaryo at maaaring makaapekto iyon sa aking pagiging kwalipikado.
- Alam ko na sa ilalim ng pederal na batas, ang diskriminasyon ay hindi pinapayagan batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, sekswal na oryentasyon, pagkakakilanlan ng kasarian, o kapansanan. Maaari akong maghain ng reklamo ng diskriminasyon sa pamamagitan ng pagbisita sa <http://www.ncdhhs.gov/dma/epsdt/DueProcessRights050311.pdf>.
- Alam ko na ang anumang impormasyong ibinigay sa Marketplace o Medicaid/NCHC ay pinoprotektahan at pinananatiling kumpidensyal.
- Alam ko na ang impormasyon sa aplikasyong ito ay kinakailangan upang matukoy ang pagiging kwalipikado para sa tulong sa pagbabayad para sa saklaw sa kalusugan at/o Medicaid/NCHC at susuriin laban sa mga electronic database, Internal Revenue (IRS), Social Security, Departamento ng Homeland Security, mga ahensya na nag-uulat sa consumer, mga institusyong pinansyal, at/o iba pang ahensya ng pamahalaan.

Pag-renew ng saklaw sa mga susunod na taon

Upang gawing mas madali ang pagtukoy ng aking pagiging kwalipikado para sa tulong sa pagbabayad para sa saklaw sa kalusugan sa mga susunod na taon, sumasang-ayon ako na payagan ang Marketplace na gumamit ng data ng kita, kabilang ang impormasyon mula sa mga tax return. Ang Marketplace ay magpapadala sa akin ng isang abiso, papayagan akong gumawa ng anumang pagbabago, at maaari akong mag-opt out anumang oras.

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

- 5 taon (ang maximum na bilang ng mga taon na pinapayagan 4 na taon 3 taon 2 taon 1 taon
- Huwag gamitin ang impormasyon mula sa mga tax return upang i-renew ang aking saklaw.

Pagiging Kwalipikado sa Medicaid/NCHC

- Nauunawaan ko na ang petsa ng aplikasyon sa Medicaid/NCHC ay ang petsa kung kailan ito natanggap ng Departamento ng mga Serbisyong Panlipunan ng County.
- Nauunawaan ko na ang saklaw ng Medicaid ay maaaring hilingin para sa anumang medikal na bayarin na natamo hanggang sa tatlong buwan bago ang buwan ng aplikasyon.
- Nauunawaan ko na kung ako ay mag-enroll sa Medicaid/NCHC, binibigyan ko ang ahensya ng Medicaid/NCHC ng mga karapatan upang maghabol at kumuha ng anumang pera mula sa iba pang insurance sa kalusugan, legal na kasunduan, o iba pang third party. Nagbibigay din ako sa ahensya ng Medicaid/NCHC ng mga karapatan upang maghabol at kumuha ng medikal na suporta mula sa asawa o magulang.
- Nauunawaan ko na maaaring hilingin sa akin na makipagtulungan sa ahensya na nangongolekta ng medikal na suporta mula sa isang absent na magulang. Kung sa tingin ko ay makakapinsala sa akin o aking mga anak ang pakikipagtulungan upang mangolekta ng medikal na suporta, maaari ko itong sabihin sa Medicaid at maaaring hindi ko kailangang makipagtulungan.
- Nauunawaan ko na kung mapag-alamang kwalipikado para sa mga buong benepisyo ng Medicaid, mayroon akong karapatan sa tulong na may medikal na transportasyon.
- Nauunawaan ko na ang mga batas ng Pederal at Estado ay nag-aatas sa Dibisyon ng Medikal na Tulong (Division of Medical Assistance, DMA) na maghain ng isang claim laban sa ari-arian ng ilang partikular na indibidwal upang mabawi ang halaga na binayaran ng programa ng Medicaid sa panahong ang indibidwal ay nakatanggap ng tulong na may ilang partikular na serbisyong medikal.
- Nauunawaan ko na ang anumang mapagkukunan na inilipat sa labas ng pangalan ng sinumang humihingi ng tulong sa Medicaid nang hindi tumatanggap ng makatarungang halaga sa merkado ay maaaring magresulta sa hindi pagiging kwalipikado para sa tulong na may halaga ng pangangalaga sa nursing home at/o pangangalaga sa bahay.
- Nauunawaan ko na ang North Carolina ay dapat na pangalanang benepisyaryo para sa mga annuity na binili pagkatapos ng Nobyembre 1, 2007.

Ang karapatan kong mag-apela

Kung sa tingin ko ay nagkamali ang Health Insurance Marketplace o Medicaid/NCHC, maaari kong iapela ang desisyon nito. Ang ibig sabihin ng pag-aapela ay ang pagsabi sa isang tao sa Health Insurance Marketplace o Medicaid/NCHC na sa tingin ko ay mali ang aksyon, at humingi ng isang makatarungang pagsusuri ng aksyon. Alam ko na malalaman ko kung paano mag-apela sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Departamento ng mga Serbisyong Panlipunan o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-245-0179. Alam ko na maaari akong katawanin sa proseso ng ibang tao maliban sa aking sarili. Ang aking pagiging kwalipikado at iba pang mahalagang impormasyon ay ipapaliwanag sa akin.

Lagdaan ang aplikasyong ito. Dapat lagdaan ng taong sumagot sa Hakbang 1 ang aplikasyong ito. Kung ikaw ay awtorisadong kinatawan, maaari kang lumagda rito, basta't naibigay mo ang impormasyong kinakailangan sa Appendix C.

Lagda

Petsa (mm/dd/yyyy)



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.

Hakbang 6 Nakumpletong Aplikasyon

Dalhin o ipadala ang iyong aplikasyon sa iyong lokal na Departamento ng mga Serbisyong Panlipunan ng County (www.ncdhhs.gov/dss/local/).

Kung HINDI ka nakarehistro upang bumoto sa kung saan ka nakatira ngayon, gusto mo bang magparehistro upang makaboto dito ngayong araw?

Oo Hindi

Kung gusto mong magparehistro upang bumoto, maaari kang kumumpleto ng isang form ng pagpaparehistro ng botante sa www.ncsbe.gov/. Ang pag-apply upang magparehistro o pagtangi na magparehistro upang bumoto ay hindi makakaapekto sa halaga ng tulong na ibibigay sa iyo ng ahensyang ito. Kung gusto mo ng tulong sa pagsagot ng form ng aplikasyon sa pagpaparehistro ng botante, tutulungan ka namin. Nasa iyo ang desisyon na makakita o makatanggap ng tulong. Maaari mong punan ang form ng aplikasyon nang pribado. Kung naniniwala ka na may humadlang sa iyong karapatang magparehistro o tumanggi na magparehistro upang bumoto, ang iyong karapatan sa pagkapribado sa pagpapasya kung magpaparehistro o sa pag-a-apply upang magparehistro upang bumoto, o ang iyong karapatang pumili ng iyong sariling partidong pampulitika o iba pang kagustuhan sa pulitika, maaari kang maghain ng reklamo sa Lupon ng mga Halalan.



KAILANGAN MO BA NG TULONG SA IYONG APLIKASYON? Makipag-ugnayan sa DSS ng iyong county (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o tumawag sa amin sa 1-888-245-0179. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-888-245-0179. Kung kailangan mo ng tulong sa isang wika maliban sa English, sabihin sa kinatawan ng serbisyo sa customer ang wikang kailangan mo. Bibigyan ka namin ng tulong nang walang gastos para sa iyo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-452-2514.