

## **APLIKASYON PARA SA SERBISYONG PANTAGUYOD SA LOOB NG TAHANAN**

**Para sa Aplikante:** Ang lahat ng mga seksiyon sa form na ito ay dapat makumpleto. Ang impormasyon na ibinigay ay napapailalim sa pagpapatunay.

**TANDAAN:** Panatilihin ang iyong kopya ng iyong nakumpletong aplikasyon. Tungkol sa iyong Numero ng Seguro Sosyal, ipinag-uutos na ibigay mo ang iyong (mga) Numero ng Seguro Sosyal ayon sa kinakailangan sa 42 USC 405, o mag-aplay ka para sa (mga) Numero ng Seguro Sosyal sa Pangasiwaan ng Seguro Sosyal. Ang impormasyong ito ay gagamitin sa pagpapasiya ng pagiging karapat-dapat at pagtutugma ng impormasyon sa iba pang mga pampublikong ahensiya.

<b>Petsa ng Aplikasyon:</b>	<b>Numero ng Kaso (kung alam):</b>
-----------------------------	------------------------------------

### **Seksiyon 1 – Personal na Impormasyon**

<b>Pangalan ng Aplikante:</b>		<b>Numero ng Seguro Sosyal:</b>	
<b>Kalye:</b>		<b>Lungsod:</b>	
<b>Estado:</b>	<b>Zip Code:</b>	<b>Telepono:</b>	
		<b>Email:</b>	
<b>Petsa ng Kapanganakan:</b>		<b>Kasarian:</b> <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	

### **Seksiyon 2 – Sekswal na Oryentasyon at Pagkakakilanlan ng Kasarian (Opsyonal)**

Ang pagbibigay ng mga tugon sa mga seksyon sa ibaba ay opsyonal at kumpidensyal. Ang anumang impormasyon na iyong ibinigay sa seksyon na ito ay hindi gagamitin sa iyong pagpapasiya sa pagiging karapat-dapat.

<b>Paano mo matutukoy ang iyong pagkakakilanlang pangkasarian?</b> (lagyan ng tsek ang kahon na pinakamahusay na naglalarawan sa iyong kasalukuyang pagkakakilanlan ng kasarian)	
<input type="checkbox"/> Babae	<input type="checkbox"/> Non-Binary (alinma'y hindi lalaki o babae)
<input type="checkbox"/> Lalaki	<input type="checkbox"/> Isa pang pagkakakilanlan ng kasarian
<input type="checkbox"/> Transgender: lalaki sa babae	<input type="checkbox"/> Itinangging ipahayag
<input type="checkbox"/> Transgender: babae sa lalaki	

<b>Anong kasarian ang nakalista sa iyong orihinal na sertipiko ng kapanganakan?</b>	
<input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki	
<b>Paano mo tinutukoy ang iyong sekswal na oryentasyon?</b>	
Pumili ng isang sagot.	
<input type="checkbox"/> Tuwid/heterosexual	<input type="checkbox"/> Iba pang sekswal na oryentasyon
<input type="checkbox"/> Bakla o tomboy	<input type="checkbox"/> Hindi alam
<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Itinangging ipahayag
<input type="checkbox"/> Queer	

**Seksiyon 3 – Impormasyon ng Beterano**

<b>Ikaw ba ay isang Beterano?</b>	<b>Ikaw ba ay Asawa/Anak ng isang Beterano?</b>
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
<b>Kung OO, ibigay ang pangalan ng Beterano at Numero ng Claim:</b>	

**Seksiyon 4 – Impormasyon ng SSI/SSP**

<b>Nakatanggap ka ba ng mga benepisyo ng SSI/SSP?</b> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
<b>Kung oo, lagyan ng tsek ang uri ng iyong sistema ng pamumuhay:</b>
<input type="checkbox"/> Namumuhay Mag-isa <input type="checkbox"/> Board and Care <input type="checkbox"/> Bahay ng Iba
<b>Mga serbisyo na hinihiling:</b>

**Seksiyon 5 – Nakaraang Impormasyon sa IHSS**

<b>Nakatanggap ka na ba ng Serbisyong Pantaguyod sa Loob ng Tahanan (IHSS) noong nakaraan?</b> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
<b>Kung Oo, kumpletuhin ang mga sumusunod.</b>	
<b>Petsa at county kung saan huling natanggap ang serbisyo:</b>	
<b>Kabuuang Buwanang Oras:</b>	<b>Pangalang Ginamit (kung naiiba sa itaas):</b>

**Seksiyon 6 – Impormasyon sa Sambahayan**

Listahan ng Mga Miyembro ng Sambahayan:

<b>Pangalan ng Asawa:</b>	
<b>Petsa ng Kapanganakan:</b>	<b>Numero ng Seguro Sosyal:</b>
<b>Pangalan ng:</b> <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Iba Pang Kamag-anak <input type="checkbox"/> Di-Kamag-anak	
<b>Petsa ng Kapanganakan:</b>	<b>Numero ng Seguro Sosyal:</b>
<b>Pangalan ng:</b> <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Iba Pang Kamag-anak <input type="checkbox"/> Di-Kamag-anak	
<b>Petsa ng Kapanganakan:</b>	<b>Numero ng Seguro Sosyal:</b>
<b>Pangalan ng:</b> <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Iba Pang Kamag-anak <input type="checkbox"/> Di-Kamag-anak	
<b>Petsa ng Kapanganakan:</b>	<b>Numero ng Seguro Sosyal:</b>
<b>Pangalan ng:</b> <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Iba Pang Kamag-anak <input type="checkbox"/> Di-Kamag-anak	
<b>Petsa ng Kapanganakan:</b>	<b>Numero ng Seguro Sosyal:</b>
<b>Pangalan ng:</b> <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Iba Pang Kamag-anak <input type="checkbox"/> Di-Kamag-anak	
<b>Petsa ng Kapanganakan:</b>	<b>Numero ng Seguro Sosyal:</b>
<b>Pangalan ng:</b> <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Iba Pang Kamag-anak <input type="checkbox"/> Di-Kamag-anak	
<b>Petsa ng Kapanganakan:</b>	<b>Numero ng Seguro Sosyal:</b>

**Seksiyon 7 – Impormasyon sa Etniko at Wika**

Kinakailangan ng batas na ang impormasyon tungkol sa pinagmulan ng etniko at pangunahing wika ay kolektahin. Kung hindi mo makumpleto ang seksiyon na ito, gagawin ng tauhan ng serbisyong panlipunan ang pagpapasiya. Ang impormasyon ay hindi makakaapekto sa iyong pagiging karapat-dapat para sa serbisyo.

<b>A. Ang Aking katutubong Pinagmulan ay:</b>  (Tingnan ang Pahina 8 para sa isang listahan ng mga Etniko at mga Kodigo)	<b>B1. Anong wika ang mas gusto mong basahin?</b>  <b>B2. Anong wika ang mas gusto mong salitain?</b>  (Mangyaring pumili mula sa listahan ng mga Wika at mga Kodigo sa Pahina 8)
--	---

**Seksiyon 8 – Kaluwagan sa Komunikasyon**

Para sa kaluwagan ng mga bulag o may kapansanan sa paningin na aplikante, may impormasyon sa IHSS na magagamit sa mga sumusunod na alternatibong format. Mangyaring ipahiwatig kung aling format ang gusto mo, kung naaangkop. Ang pagbibigay ng impormasyon sa seksyon na ito ay hindi makakaapekto sa iyong pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo.

**Ako ay Bulag:**  Oo  Hindi

**Kung oo**, mangyaring pumili ng isa sa mga sumusunod para sa bawat isa sa tatlong uri ng mga dokumento ng Kagawaran ng Serbisyong Panlipunan (DSS) na nakalista.

**Para sa mga Paunawa ng Aksiyon:**  Walang kailangang kaluwagan  
 Mga Dokumentong Braille  Audio CD  Data CD  Suporta sa County  
**(Kung Suporta sa County, ilarawan ang hiniling na suporta)**

**Para sa Kinakailangang mga forms sa IHSS:**  Walang kailangang kaluwagan  
 Mga Dokumentong Braille  Audio CD  Data CD  Suporta sa County  
**(Kung Suporta sa County, ilarawan ang hiniling na suporta)**

**Para sa mga Timesheet:**  Walang kailangang kaluwagan  
 Sistema ng Telepono (4 Digit RAN:       )  Suporta sa County  
 Elektronikong Sistema sa Timesheet (ETS) (Ang mga aplikante at tagabigay ay dapat munang magparehistro sa <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)  
**(Kung Suporta sa County, ilarawan ang hiniling na suporta)**

**Ako ay may Kapansanan sa Paningin:**  Oo  Hindi

**Kung oo**, mangyaring pumili ng isa sa mga sumusunod para sa bawat isa sa tatlong uri ng mga dokumento ng Kagawaran ng Serbisyong Panlipunan (DSS) na nakalista.

**Para sa mga Paunawa ng Aksiyon:**  Walang kailangang kaluwagan  
 18 laki ng font ng mga dokumento  Audio CD  Data CD  Suporta sa County

**(Kung Suporta sa County, ilarawan ang hiniling na suporta)**

**Para sa Kinakailangang mga forms sa IHSS:**  Walang kailangang kaluwagan  
 18 laki ng font ng mga dokumento  Audio CD  Data CD  Suporta sa County

**(Kung Suporta sa County, ilarawan ang hiniling na suporta)**

**Para sa mga Timesheet:**  Walang kailangang kaluwagan  
 Sistema ng Telepono (4 Digit RAN:        )  
 18 laki ng font ng mga dokumento  Suporta sa County  
 Elektronikong Sistema sa Timesheet (ETS) (Ang mga aplikante at tagabigay ay dapat munang magparehistro sa <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

**(Kung Suporta sa County, ilarawan ang hiniling na suporta, kabilang ang mga serbisyo sa bulag-lamang)**

## Seksiyon 9 – Pagpapatibay

Pinapatunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo sa abot ng aking kaalaman at paniniwala. Sumasang-ayon ako na ganap na makipagtulungan kung kinakailangan ang pagpapatunay ng mga pahayag sa itaas sa hinaharap.

Nauunawaan ko rin na bilang tagapag-empleyo ng aking (mga) tagabigay ng IHSS ako ay may pananagutan para sa:

1. Pagtanggap, pagsasanay, pangangasiwa, pagtatakda at, kung kinakailangan, pagpapaalis ng aking (mga) tagabigay ng pangangalaga.
2. Pagtiyak na ang kabuuang oras na iniulat ng lahat ng mga tagabigay na nagtatrabaho para sa akin ay hindi lalampas sa aking pinahintulutang oras sa IHSS bawat buwan.
3. Pagtukoy sa sinumang indibidwal na gusto kong kunin sa tanggapan ng IHSS ng County upang makumpleto ang proseso ng pagiging karapat-dapat ng tagabigay.
4. Pagbibigay ng abiso sa tanggapan ng IHSS ng County sa loob ng 10 araw kapag kinuha o pinaalis ang isang tagabigay ng serbisyo.

Bilang karagdagan, naiintindihan ko at sumasang-ayon sa mga sumusunod na tuntunin at limitasyon tungkol sa pagbabayad para sa mga serbisyo ng programa ng IHSS:

1. Upang mabayaran ang sinumang indibidwal sa programa ng IHSS, dapat silang maaprubahan bilang isang karapat-dapat na tagabigay ng IHSS.
2. Kung pinili kong magkaroon ng isang indibidwal na magtrabaho para sa akin na hindi pa naaprubahan bilang isang karapat-dapat na tagabigay ng IHSS, responsibilidad ko ang pagbabayad sa kanya kung siya ay hindi naaprubahan.
3. Ang programa ng IHSS ay hindi magbabayad para sa anumang mga serbisyong ipinagkaloob sa akin hanggang sa maaprubahan ang aking aplikasyon para sa mga serbisyo at magbabayad lamang para sa mga serbisyo na ipinahintulot na matanggap ko ng Programa ng IHSS.
4. Ako ang magiging responsable sa pagbabayad para sa anumang mga serbisyo na natatanggap ko na hindi kasama sa aking pahintulot sa IHSS.
5. Ako ang magiging responsable sa pagbabayad ng aking Bahagi-ng-Gastos (SOC) at magpapaalam sa aking indibidwal na (mga) tagabigay ng SOC.

Naiintindihan ko rin at sumang-ayon na makipagtulungan sa mga sumusunod bilang bahagi ng aking pagiging karapat-dapat para sa IHSS:

Upang itaguyod ang integridad ng programa at katiyakan sa kalidad, maaari akong sumailalim sa (di) hayag na pagbisita sa aking bahay at maaari na ako o ang aking (mga) tagabigay ay makatanggap ng mga sulat na nagpapakilala sa mga alalahanin sa kinakailangan ng programa mula sa Kagawaran ng Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan (DHCS) ng Estado, Kagawaran ng Serbisyong Panlipunan ng California (CDSS) at/o ang County kung saan ako tumatanggap ng mga serbisyo.

Ang layunin ng mga pagbisita at mga sulat ay upang matiyak na sinusunod ang mga kinakailangan sa programa at ang mga pinahintulutang serbisyo ay kinakailangan para manatiling ligtas ka sa iyong tahanan. Ang pagbisita ay nagpapatunay din na ang mga pinahintulutang serbisyo ay ibinibigay, na ang kalidad ng mga serbisyong iyon ay maaaring tanggapin, at ang iyong kagalingan ay protektado.

Kung napatunayan na ang mga serbisyo ng IHSS ay hindi kinakailangan o hindi maayos na naibigay, ikaw at/o ang iyong tagabigay ay maaaring sumailalim sa isang pagsisiyasat sa pandaraya ng Medi-Cal. Kung ang pandaraya ay napatunayan, ikaw at/o ang iyong tagapagkaloob ay sisingilin para sa pandaraya ng Medi-Cal.

**Seksiyon 10 – (Mga) Lagda**

<b>Lagda ng Aplikante:</b>	<b>Petsa:</b>
<b>Lagda ng Kinatawan ng Aplikante (kung naaangkop lamang):</b>	<b>Petsa:</b>
<b>Kaugnayan ng Kinatawan sa Aplikante (kung naaangkop lamang):</b>	<b>Numero ng Telepono ng Kinatawan (kung naaangkop lamang):</b>
<b>Tirahan ng Kinatawan (kung naaangkop lamang):</b>	

Upang mag-ulat ng pinaghihinalaang pandaraya o pang-aabuso sa probisyon o pagtanggap ng mga serbisyo ng IHSS, mangyaring tawagan ang hotline ng pandaraya sa 1-800-822-6222, mag-email sa [stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov](mailto:stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov), o pumunta sa <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>.

**PARA SA PAGGAMIT NG AHENSIYA LAMANG**

<b>Income Eligible:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Status Eligible:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Medi-Cal Aid Code:</b>
<b>MAGI Eligible Recipient:</b> <input type="checkbox"/> Disabled 12 months or longer <input type="checkbox"/> At risk without IHSS	<b>Verification:</b>	
<b>Notes:</b>		
<b>Signature of Social Worker or Agency Representative:</b>		<b>Telephone Number:</b>

**Kodigo ng Etniko:**

- A. White.
- B. Hispanic.
- C. Black.
- D. Iba Pang Asian o Pacific Islander
- E. American Indian o Alaskan Native.
- F. Filipino.
- G. Chinese.
- H. Cambodian.
- I. Japanese.
- J. Korean.
- K. Samoan.
- L. Asian Indian.
- M. Hawaiian.
- N. Guamanian.
- O. Laotian.
- P. Vietnamese.
- Q. Iba Pa.
- R. Magkakahalong Etniko.

**Kodigo ng Wika:**

- 1. American Sign Language (AMISLAN o ASL).
- 2. Spanish – Ang NOA ay ibibigay sa Spanish.
- 3. Cantonese.
- 4. Japanese.
- 5. Korean.
- 6. Tagalog.
- 7. Iba pang di-English.
- 8. English.
- 9. Spanish - Ang NOA ay ibibigay sa English.
- 10. Iba Pang Sign Language.
- 11. Mandarin.
- 12. Iba Pang Mga Wika sa Chinese.
- 13. Cambodian.
- 14. Armenian.
- 15. Ilocano.
- 16. Mien.
- 17. Hmong.
- 18. Lao.
- 19. Turkish.
- 20. Hebrew.
- 21. French.
- 22. Polish.
- 23. Russian.
- 24. Portuguese.
- 25. Italian.
- 26. Arabic.
- 27. Samoan.
- 28. Thai.
- 29. Farsi.
- 30. Vietnamese.