

IMPORMASYON NG APLIKANTE								
1. Residente ng Santa Clara County? <input type="checkbox"/> Oo / <input type="checkbox"/> Hindi		2. Kasarian	3. Legal na Pangalan ( <i>Apelyido, Pangalan, Gitnang Pangalan</i> )		4. Pangalan ng Ina sa Pagkadalaga	5. Asawa / Kinakasama	6. Gustong Wika?	
7. Address			Zip	8. Telepono 1) ( ) 2) ( )		9. Email Address		
10. SSN (PASYENTE)		11. SSN (ASAWA / KINAKASAMA)		12. Mamamayan ng U.S.? <input type="checkbox"/> Oo / <input type="checkbox"/> Hindi		13. May katayuang permanenteng paninirahan? <input type="checkbox"/> Oo / <input type="checkbox"/> Hindi Kung oo, Gaano katagal? Tagal: __Taon__ Buwan		14. Beterano ng U.S.? <input type="checkbox"/> Oo / <input type="checkbox"/> Hindi

**KATAYUAN NG SAMBAHAYAN NG PAMILYA**

15. Ilista ang pangalan ng lahat ng kasapi sa inyong sambahayan at pamilya, at ang kanilang relasyon sa iyo. Mangyaring **Idagdag** ang iyong sarili. Mangyaring **lagyan ng tsek** ang kahon () kung isinama mo siya sa form ng balik sa buwis o tax return.

PANGALAN	Petsa ng Kapanganakan (Buwan/Araw/Taon)	KAUGNAYAN	PANGALAN	Petsa ng Kapanganakan (Buwan/Araw/Taon)	KAUGNAYAN
<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	/ /	
<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	/ /	
<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	/ /	

**PINAKABAGONG TRABAHO AT HANAP-BUHAY**

16. Employer ng Pasyente:		17. Numero ng Telepono sa Pakikipag-ugnayan ( ) -		18. Kung Nagtatrabaho sa Sarili, Pangalan ng Negosyo	
19. Employer ng Asawa:		20. Numero ng Telepono sa Pakikipag-ugnayan ( ) -		21. Kung Nagtatrabaho sa Sarili, Pangalan ng Negosyo	
22. Petsa ng Pagsisimula: ___/___/___		23. Petsa ng Pagtatapos: ___/___/___		24. Ang Trabaho ay Pangkasalukuyan: <input type="checkbox"/> Oo / <input type="checkbox"/> Hindi	
				25. May Kapansanang inaasahan na tatagal ng hindi bababa sa 12 buwan? <input type="checkbox"/> Oo / <input type="checkbox"/> Hindi	

**IMPORMASYON NG SAKLAW SA SEGURO**

26. May Seguro sa Kalusugan: <input type="checkbox"/> Oo / <input type="checkbox"/> Hindi		Numero ng Pakikipag-ugnayan sa Seguro: ( ) -		27. Ang mga pinsala mo ba ay sanhi ng isang ikatlong partido (tulad ng pagka-aksidente mula sa sasakyan o pagkadulas at pagkahulog)? <input type="checkbox"/> Oo / <input type="checkbox"/> Hindi (		28. Mayroon ka bang ibang seguro na maaaring mailapat bilang auto policy)? <input type="checkbox"/> Oo/ <input type="checkbox"/> Hindi	
Pangalan ng Seguro:							

**KASALUKUYANG BUWANANG KITA**

Mga Pinagkukunan ng Buwanang Kita				Pasyente	Asawa	Iba pa	30. Mayroon ka bang Doktor sa Pangunahing Pangangalaga (PCP) sa isang klinika ng komunidad? Kung Oo, ano ang pangalan ng iyong PCP (Doktor ng Pangunahing Pangangalaga)? _____ Mayroon ka bang Doktor sa Pangunahing Pangangalaga (PCP) sa VMC? Kung Oo, ano ang pangalan ng iyong PCP (Doktor ng Pangunahing Pangangalaga)? _____  <b>For Office Use Only</b> Total Income Gross: _____ Frequency <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Semi-Monthly <input type="checkbox"/> Monthly Family Size: _____ Final FPL: _____
29a)	<b>KABUJANG BAYAD</b> ( <i>buwis at iba pang mga kaltas</i> )	\$	\$	\$			
29b)	Kita mula sa Pagpapatakbo ng Negosyo (kung Nagtatrabaho sa Sarili)	\$	\$	\$			
29c)	Iba pang Kita:	\$	\$	\$			
29d)	Interes at mga Dibidendo	\$	\$	\$			
29e)	Mula sa Real Estate o Personal na Ari-arian	\$	\$	\$			
29f)	Social Security	\$	\$	\$			
29g)	Iba pa (tukuyin):	\$	\$	\$			
29h)	Sustento o Mga Kabayang Suportang Natanggap	\$	\$	\$			
29i)	<b>Idagdag</b> ang mga halaga sa kanang hanay mula sa linya (29a) hanggang sa (29h)	\$	\$	\$			
29j)	Sustento o Mga Kabayang Suporta na Ibinayad	\$	\$	\$			
29k)	<b>Ibawas</b> ang linya (29j) mula sa linya (29i). Ito ang iyong Kasalukuyang Buwanang Kita.	\$	\$	\$			
29l)	<b>KABUJANG KITA MULA SA LAHAT NG HANAY linya 29k</b> →	<b>\$</b>					

**LAGDA**

Dinedeklara ko sa ilalim ng multa ng perjury na ang impormasyong ibinigay ko sa itaas ay totoo at kumpleto. Nauunawaan ko na dapat kong abisuhan ang County of Santa Clara Health System (CSCVHS) ng anumang pagbabago sa aking paninirahan, katayuang pinansiyal, laki ng sambahayan, at/o pagiging nararapat para sa pagsasaklaw ng seguro. Pumapayag akong ilabas ang aking pangkalusugang talang impormasyon upang makatanggap ng pakikipagtalungang pangangalagang pangkalusugan sa mga tagapaglaan na kakontrata ng County ng Santa Clara, pati na sa Santa Clara County Social Services Agency (SCSSA) para sa layuning pagtukoy sa pagiging nararapat para sa Medi-Cal at pagbabahagi ng impormasyon tungkol sa katayuan ng aking Medi-Cal. Pinahihintulutan ko ang CSCHS na humiling ng ulat sa kredito at/o patotohanan ang anuman sa impormasyon sa itaas na sa palagay nito ay kailangan.

**LAGDA** \_\_\_\_\_ **Petsa** \_\_\_\_\_