

**Pag-apply para sa Pagsaklaw ng mga Gastusin sa Pagpapasuri para sa  
Coronavirus (COVID-19)**

Kumpletuhin ang aplikasyong ito para makakuha ng tulong sa pagbayad para sa ilang gastusin sa pagpapasuri, nauugnay sa pagpapasuri, at paggamot ng coronavirus (COVID-19).

Ang makukuha mong pagsaklaw sa kalusugan kung matukoy na karapat-dapat ka gamit ang aplikasyon ay makakabayad lang para sa mga medikal na pagpapasuri para sa coronavirus.

Para makita kung karapat-dapat ka para sa iba pang mga benepisyo at serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Medi-Cal o Covered California, dapat mong kumpletuhin ang buong aplikasyon sa [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com).

1. Pangalan	2. Gitnang Pangalan	3. Apelyido	4. Suffix (kung naaangkop)
5. Kasarian: <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae			6. Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY):
7. Nakatira sa California? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			8. County Kung Saan Ka Nakatira?
9. <input type="checkbox"/> Kung walang tirahan, lagyan ng tsek ang kahon at sabihin sa amin kung saan ka namin makokontak sa field para sa mailing address sa ibaba			
10. Address ng Tirahan ( <i>Numero at Kalsada</i> )			Apt #
Lungsod	Estado		Zip
11. Mailing Address (kung naiiba sa address ng tirahan)			Apt #
Lungsod	Estado		Zip
12. Pinakamadalas Gamitin na Numero ng Telepono	13. Iba Pang Numero ng Telepono	14. Email Address	
15. Anong wika ang pinakamahusay mong sinasalita?		16. Anong wika ang pinakamahusay mong binabasa?	
17. Social Security Number (SSN): _____			
<p><i>Kung mayroon kang Social Security number (SSN), dapat mong isaad ito kapag nag-aapply ka para sa pagsaklaw sa kalusugan para sa iyong sarili. Ginagamit namin ang mga Social Security number (SSN) para matukoy ang iyong kita at iba pang impormasyon para makita kung karapat-dapat ka na makakuha ng tulong sa pagbabayad para sa pagsaklaw sa kalusugan. Kung nag-aapply ka ng pagsaklaw at wala kang SSN at nais ng tulong na makakuha nito, bisitahin ang <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>. Maaaring karapat-dapat ka para sa ilang pagsaklaw kahit na wala kang SSN. Para sa higit na impormasyon, tawagan ang Medi-Cal helpline, sa (800) 541-5555.</i></p>			

18. US Citizen o US National ka ba? <i>Kung Oo, pumunta sa 19. Kung Hindi, lumaktaw sa 20.</i> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
19. Ikaw ba ay isang naturalisado o derived na citizen? <i>Kung Oo, kumpletuhin ang a o b at lumaktaw sa 21. Kung Hindi, lumaktaw sa 21.</i> <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
a. Alien Number/USCIS Number:	b. Numero ng Pag-naturalisa/Citizenship:
20. Kung hindi ka US Citizen o National, mayroon ka bang kwalipikadong estado sa imigrasyon? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <i>Kung oo, ilagay ang uri ng dokumento at anuman sa mga impormasyon sa ibaba na naaangkop sa iyo</i>	
a. Uri ng Dokumento sa Imigrasyon:	b. Estado sa Imigrasyon (Immigration Status) (Opsyonal):
c. Pangalan kung paano ito lumilitaw sa Dokumento sa Imigrasyon:	
d. Alien Number/USCIS Number:	e. I-94 na Numero:
f. Numero ng Pasaporte:	g. Bansa Kung Saan Inisyu:
h. SEVIS ID:	i. Iba pa (Numero ng Card o Visa):
21. Mayroon ka bang Medicare sa kasalukuyan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	22. Mayroon ka bang ibang segurong pangkalusugan sa kasalukuyan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

## **ANG IYONG MGA KARAPATAN AT RESPONSABILIDAD**

- Alam ko na sa ilalim ng pederal na batas, hindi nagdidiskrimina nang labag sa batas ang DHCS batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan, etnikong grupo na pagkakakilanlan, edad, kapansanang pangkaisipan, pisikal na kapansanan, medikal na kondisyon, genetic na impormasyon, estado sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, sekswal na oryentasyon, o anumang iba pang batayan na protektado ng mga batas sa karapatang sibil ng pederal o Estado.
- Maaaring ihain ang mga reklamo sa pamamagitan ng pagtawag sa Office of Civil Rights, Department of Health Care Services sa (916) 440-7370 o sa pamamagitan ng sulat sa P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413, o sa pamamagitan ng email sa [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- Alam ko na ang impormasyon sa form na ito ay gagamitin para tukuyin ang pagiging karapat-dapat para sa pagsaklaw sa kalusugan, tulong sa pagbayad ng pagsaklaw, at para sa mga naaayon sa batas na layunin ng mga programa na tumutulong sa pagbayad ng pagsaklaw.
- Kung sinuman sa aplikasyon na ito ang karapat-dapat sa Medi-Cal, iginagawad ko sa California Department of Health Care Services ang aming mga karapatan na maghabol at makakuha ng anumang pera mula sa ibang segurong pangkalusugan, mga legal na pakikipag-ayos (legal settlement), o iba pang mga ikatlong partido.

- Kailangan namin ang impormasyon sa aplikasyon na ito para matukoy ang iyong pagiging karapat-dapat para sa tulong sa pagbayad ng pagsaklaw ng mga gastusin sa pagpapasuri, nauugnay sa pagpapasuri, at paggamot sa COVID-19. Titingnan namin ang iyong mga sagot gamit ang impormasyon sa aming mga elektronikong database at database mula sa Social Security, at Department of Homeland Security. Kung hindi nagtutugma ang impormasyon, maaaring hilingin namin sa iyo na magpadala ng higit na impormasyon.
- May karapatan akong malaman kung paano maaaring gamitin at isiwalat ang protektadong impormasyon ko sa kalusugan, at kung ano ang mga karapatan ko sa privacy. Ibinibigay ng Notice of Privacy Practices (NPP) ang impormasyong ito at makikita sa <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx>

## **PAHAYAG SA PAGIGING PRIBADO**

- Ang aplikasyong ito ay para sa COVID-19 Uninsured Group na programa na pinapangasiwaan ng Department of Health Care Services (DHCS). Ang ibibigay mong personal at medikal na impormasyon dito ay pribado at kumpidensyal. Kailangan ng DHCS ito para matukoy ka at para mapangasiwaan ang COVID-19 Uninsured Group na programa.
- Ibabahagi namin ang iyong impormasyon sa iba pang mga pang-estado, pederal, at lokal na ahensya, kontratista, planong pangkalusugan, at programa lang para mapatala ka sa isang plano o programa o para mapangasiwaan ang mga programa, at tulad ng inilarawan sa Notice of Privacy Practices.
- Dapat mong sagutin ang lahat ng tanong sa aplikasyong ito maliban kung minarkahan ito ng “*opsyonal*”. Kung kulang ang iyong aplikasyon ng anuman na kailangan namin, makikipag-ugnay kami sa iyo upang makuha ito. Kung hindi mo ito ibigay, hindi kami makakagawa ng desisyon sa iyong aplikasyon. Maaaring kailanganin mong magsumite ng bagong aplikasyon, o maaaring tanggihan ang iyong pag-apply para sa mga benepisyo ng COVID-19 Uninsured Group.
- Para sa higit na impormasyon o para makita ang mga record ng Department of Health Care Services, makipag-ugnay sa Information Protection Unit sa P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 Telepono: 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929.
- Binibigyan kami ng karapatan na mangolekta at magtago ng impormasyon sa aplikasyon ng mga batas na ito ng estado at pederal: DHCS: CA Welfare and Institutions. Code § 14011 at Article 3, Chapter 5 at 7, Part 2 at 3, Division 9; Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) at 100503(a).

## **ANO ANG DAPAT KONG GAWIN KUNG SA TINGIN KO MALI ANG ABISO TUNGKOL SA AKING PAGIGING KARAPAT-DAPAT?**

- Kung sa tingin ko nagkamali ang Medi-Cal program, maaari kong i-apela ang desisyon. Nangangahulugan ang pag-apela na magsabi sa isang tao sa programang Medi-Cal na sa tingin ko mali ang desisyon at humiling ng isang patas na pagsusuri ng pagkilos.
- Alam ko na maaari kong malaman kung paano humiling ng pag-apela, kabilang ang isang pinabilis na pag-apela, sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) para sa programang Medi-Cal.
- Alam ko na dapat akong maghain ng apela sa loob ng 90 araw mula matanggap ang abiso sa desisyon.
- Alam ko na maaaring kumatawan ako para sa aking sarili o hilingin ang ibang tao na kumatawan para sa akin sa aking apela, tulad ng awtorisadong kinatawan, isang kaibigan, isang kamag-anak o isang abugado.

- Alam ko na isasagawa ang lahat ng pagdinig sa telepono o video conference maliban kung hiniling ko ang isang personal na pagdinig.
- Alam ko na kung kailangan ko ng tulong, maaaring ipaliwanag ng programang Medi-Cal ang aking kaso sa akin.
- Alam ko na mayroong makakapagpaliwanag sa akin sa programang Medi-Cal ng mga kalagayan kung kailan maaaring panatilihin o ipanumbalik ang aking pagiging karapat-dapat habang naghihintay ng desisyon sa apela.

**PIRMA:**

Sa pagpirma, idinedeklara ko na totoo, kumpleto at tama ang sinabi ko sa ibaba.

- Nabasa ko at naunawaan ang aplikasyong ito.
- Nauunawaan ko na ang aplikasyong ito ay para lang makakuha ng tulong sa pagbayad para sa ilang partikular na gastusin sa pagpapasuri, nauugnay sa pagpapasuri, at paggamot sa coronavirus (COVID-19). Para makita kung karapat-dapat ako para sa iba pang mga benepisyo at serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Medi-Cal o Covered California, dapat kong kumpletuhin ang isang buong aplikasyon sa [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com).

Pirma	Petsa
-------	-------