



Kagawaran ng Kalusugan
Dibisyon ng Pampublikong Tulong

Gamit Lamang sa Opisina

D.O. Petsa Kung
Kailan Natanggap

**FORM NG PAGSUSURI SA
PAGIGING KWALIPIKADO**

Lagyan ng Check ang Kahon para sa Lahat ng Programa na
Nakatakda para sa Pagsusuri

Ahente ng Bayad
Petsa Kung Kailan
Natanggap
Lagda ng Ahente ng Bayad

- SNAP Pampublikong Tulong para sa Nasa Hustong Gulang Pansamantalang Tulong Medicaid
 Mga Benepisyo para sa Senior

TANDAAN: Kailangan mo lamang kumpletuhin ang isang form ng pagsusuri para sa lahat ng programa na dapat suriin ngayong buwan.

Tiyaking kumpleto ang form at huwag kalimutang lagdaan ang pagkilala at pahayag ng pagpapatotoo para maiwasan ang mga pagkaantala sa pagproseso. Kung kailangan mo ng karagdagang espasyo para sa anumang sagot, gumamit ng isa pang piraso ng papel. Paki-print nang malinaw.

Pangalan		Numero ng Kaso
Address para sa Koreo		
Address ng Tirahan (kung iba sa address para sa koreo)		
Numero ng Telepono sa Bahay	Numero ng Telepono para sa Mensahe	Numero ng Telepono sa Trabaho
Ingles 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 tutulongan ka namin sa form na ito at magbibigay ng tagapagsalin nang walang bayad.		

IMPORMASYON NG SAMBAHAYAN:

1. Ilista ang lahat ng taong nakatira kasama mo at gumamit ng mga legal na pangalan. Unahing ilita ang iyong sarili. *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.*

Pangalan (Una G I Apelyido)	Relasyon sa Iyo Kung walang relasyon, isulat ang NR.	Petsa ng Kapanganakan	Ang tao bang ito ay full-time o part-time na miyembro ng iyong sambahayan? Bilugan ang sagot. Kung part-time, ilang porsyento ng oras naninirahan sa iyo ang taong ito?	Social Security Number	Mamamayan ng US? Oo/Hindi	Lahi	Pangkat Etniko
						Opsyonal - Gamitin ang mga code sa ibaba	
	Sarili		N/A				
			Full-time / Part-time ___%				
			Full-time / Part-time ___%				
			Full-time / Part-time ___%				
			Full-time / Part-time ___%				
			Full-time / Part-time ___%				

Lahi: (Maaari kang pumili ng higit sa isang lahi)

AN = Alaska Native WH = White BL = Black or African American
AI = American Indian AS = Asian PI = Native Hawaiian o iba pang Pacific Islander

Etnisidad:

Y = Hispanic o Latino
N = Hindi Hispanic o Latino

2. Plano mo bang maghain ng pederal na income tax return SA SUSUNOD NA TAON?

- OO. Kung oo, pakisagutan ang mga tanong a – c. HINDI. Kung hindi, lumaktaw sa tanong c.
a. Maghahain ka ba kasama ang asawa? Oo Hindi Kung oo, pangalan ng asawa: _____

- b. Magke-claim ka ba ng sinumang dependent sa iyong tax return? Oo Hindi
Kung oo, ilaran ang mga pangalan ng mga dependent: _____
- c. Ike-claim ka ba bilang dependent sa tax return ng isang tao? Oo Hindi
Kung oo, pakilista ang pangalan ng tagahain ng buwis: _____
Ano ang relasyon mo sa tagahain ng buwis? _____
3. Buntis ba ang sinuman sa iyong sambahayan? Oo Hindi Kung oo, sino? Nakatakdang petsa? _____
4. Mayroon bang sinuman sa iyong sambahayan ang pumapasok sa isang institusyon ng mas mataas na edukasyon (pag-aaral pagkatapos ng high school)? Oo Hindi
Kung oo, sino? _____ Full time o part time? _____
5. Mayroon bang sinuman sa iyong sambahayan ang nakatanggap ng tulong mula sa Programa ng Pamamahagi ng Pagkain sa Mga Reserbasyon ng Indian (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDPIR) sa Alaska o sa anumang estado? Oo Hindi Kung oo, sino at kailan? _____
6. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan 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 panahon? Oo Hindi
7. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan na nagmamay-ari, gumagamit, o namamahagi ng isang kontroladong sangkap pagkaraan ng Agosto 22, 1996? Oo Hindi Kung oo, pakisagutan ang mga tanong a – d.
- Sila ba ay naglilingkod nang maayos o matagumpay na nakumpleto ang panahon ng probasyon o parol? Oo Hindi
 - Nasa proseso ba sila ng paglilingkod o matagumpay na nakumpleto ang iniuutos na paglahok sa isang programa para sa paggamot sa droga o alak? Oo Hindi
 - Nagsagawa ba sila ng aksyon tungo sa rehabilitasyon, kabilang ang paglahok sa isang programa para sa paggamot sa droga o alak? Oo Hindi
 - Matagumpay ba silang sumusunod sa mga kinakailangan ng kanilang planong muling pagpasok? Oo Hindi
8. 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
9. 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
10. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan na ng mapanlinlang na pagtanggap ng dobleng benepisyo ng SNAP sa alinmang Estado pagkaraan ng Setyembre 22, 1996? Oo Hindi
11. 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
12. 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
13. Ikaw ba o sinumang miyembro ng iyong sambahayan ay nahatulan na ng matinding sekswal na pang-aabuso, pagpatay, sekswal na pagsasamantala at pang-aabuso ng mga bata, o sekswal na pag-atake pagkaraan ng Pebrero 7, 2014? Oo Hindi Kung oo, pakisagutan ang tanong a & b.
- Sila ba ay naglilingkod o matagumpay nang nakumpleto ang panahon ng probasyon o parol? Oo Hindi
 - Matagumpay ba silang sumusunod sa mga kinakailangan ng kanilang planong muling pagpasok? Oo Hindi

IMPORMASYON NG MGA ASSET:

14. Ilista ang lahat ng sasakyang pagmamay-ari o binili mo o ng sinuman sa iyong sambahayan. *Isama ang mga kotse, trak, bangka, motorsiklo, RV, ATV, snowmobile, atbp.*

Pangalan ng May-ari	Uri ng Sasakyan	Modelo / Taon	Paano Ginagamit?	Halaga ng Inutang	Kasalukuyang Halaga
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

15. Ilista ang anumang bahay, cabin, ari-arian, stock, bond, o iba pang asset na pagmamay-ari o binili mo o ng sinuman sa iyong sambahayan. Ilista ang anumang life insurance policy o mga account o policy sa paglilibing na pagmamay-ari mo o sinuman sa iyong sambahayan, at ang kasalukuyang halaga ng pera ng account o policy.

May-ari	Uri ng Ari-arian/Asset	Halaga	May-ari	Uri ng Ari-arian/Asset	Halaga
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$

16. Ilista kung magkano ang pera mo o ng sinuman sa iyong sambahayan na cash at nasa account sa bangko. Isama ang Virtual Currency/Cryptocurrency, Mga Trust, at ABL na mga account.

Pakibigay ang kopya ng iyong pinakabagong statement para sa bawat account.

(Mga) Pangalan sa Account	Pangalan ng Bangko/Credit Union & Sangay	Numero ng Account	Balanse
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
	Hawak na Pera		\$

17. Ilista ang sinuman sa iyong sambahayan na kabilang sa isang Native Corporation.

Pangalan ng Kasosyo	Native Corporation	Mga Share na Pag-aari	Halaga/Petsa ng Huling Dibidendo

18. Ikaw ba o ang sinumang naninirahan kasama mo ay nagmamay-ari ng komersyal na permiso sa pangangisda o IFQ (Individual Fishing Quota)? Oo Hindi

Kung oo, Numero ng Permit/IFQ _____ Halaga \$ _____

IMPORMASYON NG NATANGGAP NA PERA:

19. Kumpletuhin kung ikaw o ang sinuman sa iyong sambahayan ay nagtatrabaho. ***Pakibigay ang iyong mga pinakabagong payslip o statement sa trabaho na kinumpleto ng iyong employer. Kung self-employed, maglakip ng patunay ng kita at mga gastos.***

Taong Empleyado	Employer	Oras na Natrabaho	Sweldo bawat Oras	Gaano kadalas binabayaran?
		bawat linggo		
		bawat linggo		
		bawat linggo		
		bawat linggo		
		bawat linggo		

20. Malapit na bang magbago ang trabaho, sahod o oras ng trabaho ng sinuman? Oo Hindi Kung oo, pakipaliwanag:

21. Ilista ang anumang iba pang pera na natatangap mo o ng sinuman sa iyong sambahayan. *Isama ang Social Security, SSI, BIA, VA, pagreretiro, insurance sa kawalan ng trabaho, Kompensasyon ng Manggagawa, tulong sa Native, suporta sa anak, Virtual Currency /Cryptocurrency, mga regalong pera, kinikita sa isang taon, atbp.*

Sino ang Tumatanggap	Pinagmumulan ng Kita	Halaga	Sino ang Tumatanggap	Pinagmumulan ng Kita	Halaga
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$

22. May inaasahan ka bang anumang pagbabago sa iyong kita? Oo Hindi

Kung oo, pakipaliwanag: _____

23. Mayroon bang nagtatrabaho kapalit ng pagkain, tirahan, mga utilidad, atbp.? Oo Hindi Kung oo, pakipaliwanag: _____

IMPORMASYON NG GASTOS SA SAMBAHAYAN:

24. Kumpletuhin kung ikaw o sinuman sa iyong sambahayan ay may alinman sa mga buwanang gastos na ito. *Pakibigay ang patunay ng obligadong buwanang halaga ng pag-upa, mga gastos sa utilidad, at taunang buwis sa ari-arian at halaga ng insurance.*

Uri ng Gastos	Buwanang Halaga	Uri ng Gastos	Buwanang Halaga	Uri ng Gastos	Buwanang Halaga
Upa/ Sangla	\$	Telepono	\$	Pampainit ng Langis	\$
Upa ng Lote o Espasyo	\$	Kuryente	\$	Natural na Gas	\$
Buwis sa Ari-arian	\$	Tubig / Alkantarilya	\$	Kahoy / Uling	\$
Insurance ng Bahay	\$	Pagkolekta ng Basura	\$	Iba pa	\$

25. Responsable ka ba sa pagbabayad ng halaga ng pagpapainit ng iyong bahay? Oo Hindi

Kung oo, anong gasolina ang pinampapainit mo sa iyong bahay? _____

26. Kung nakikibahagi ka sa pagbabayad ng mga gastos na ito kasama ang sinuman, o tumatanggap ng tulong sa pagbabayad ng mga gastos (tulad ng tulong sa pag-upa o tulong sa pagpapainit), pakipaliwanag: _____

27. Kumpletuhin kung may sinuman sa iyong sambahayan ang may mga gastos para sa pag-aalaga ng isang bata, o isang matanda o may kapansanan na nasa hustong gulang. *Mangyaring magbigay ng patunay ng mga halagang binayaran para sa huling dalawang buwan.*

Pangalan ng Anak / Dependent	Gastos sa Buwanang Pangangalaga	Pangalan ng Anak / Dependent	Gastos sa Buwanang Pangangalaga
	\$		\$
	\$		\$

28. Nakakakuha ka ba ng pera para ipandagdag sa pagbabayad ng mga gastos sa pangangalaga ng dependent? Oo Hindi

Kung oo, magkano? _____ Mula kanino? _____

29. Kumpletuhin kung ikaw o sinuman sa iyong sambahayan ay nagbabayad ng suporta sa anak. *Mangyaring magbigay ng patunay ng iyong buwanang obligasyon at ang halagang binayaran sa huling dalawang buwan.*

Sino ang Nagbabayad ng Suporta sa Anak	Sino ang Binabayaran Nila	Magkano	Kailan
		\$	
		\$	

30. Kumpletuhin kung ikaw o sinuman sa iyong sambahayan ay higit sa 59 taong gulang o may kapansanan at may mga gastusing medikal. *Ilista ang indibidwal at magbigay ng patunay sa mga gastos na ito.*

Taong may Gastos Pangmedikal	Halaga	Taong may Gastos Pangmedikal	Halaga
	\$		\$
	\$		\$

31. Kung inaasahan mo ang anumang pagbabago sa iyong mga gastos sa bahay o pangyayari, pakipaliwanag: _____

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.

SAKLAW / INSURANCE NA PANGKALUSUGAN:

32. Ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay may saklaw ng insurance na pangkalusugan na nakabatay sa employer na nagsimula o nagtapos sa nakalipas na labindalawang buwan? Oo Hindi Kung oo, pakibigay ang pangalan at address ng employer, ang pangalan at numero ng telepono ng kumpanya ng insurance, at isang kopya ng harap at likod ng iyong insurance card.

33. Kung ikaw o sinuman sa iyong sambahayan ay may insurance na pangkalusugan, pakisagutan ang mga tanong na ito:

Mayroon bang nakatala sa saklaw ng kalusugan mula sa mga sumusunod? Oo Hindi

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 _____

Medicare _____

TRICARE _____

Mga programa sa pangangalaga sa kalusugan ng VA _____

Insurance ng Employer _____

Pangalan ng insurance na pangkalusugan: _____

Numero ng policy: _____

Isa ba itong saklaw ng COBRA? Oo Hindi

Ito ba ay isang plano para sa retirado? Oo Hindi RIN: _____

Iba pa _____

34. 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 Hindi Kung oo, pakikumpleto at isama ang Appendix A.

MULING PAGESUSURI SA MEDICAID:

35. Kumpletuhin kung ikaw o sinuman sa iyong sambahayan ay tumatanggap ng Medicaid.

Sa nakalipas na labindalawang buwan, ikaw ba o sinuman sa iyong sambahayan ay nakatanggap ng paggamot sa isang ospital dahil sa isang aksidente o sakit na may ibang responsable sa bayarin? Oo Hindi Kung oo, pakipaliwanag kung ano ang nangyari at sino ang responsableng magbayad sa paggamot _____

AWTORISADONG KINATAWAN:

Kung gusto mong payagan ang isang tao na kumatawan sa iyo sa lahat ng bagay na may kaugnayan sa iyong aplikasyon at kaso o gusto mong ibahagi ng Dibisyon ang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o kaso sa isang tao, kumpletuhin at isama ang Appendix C.

PAGPAPAHALAGA SA PAG-UNAWA AT PAHAYAG 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 Pamublikong 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 Pamublikong 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 ngunit 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 Pangingisda, at Mga Kasunduan ng Policy para sa Paglilibing.

Nabasa ko o binasa para 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.

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

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

PAGPAPAREHISTRO NG BOTANTE:

Kung gusto mong magparehistro sa pagboto, matutulungan ka namin sa pamamagitan ng pagpapadala sa iyo ng mga tamang form para kumpletuhin. Kung hindi mo sasagutin ang tanong, ituturing itong kapareho ng isang Hindi na sagot. Hindi nito pipigilan ang iyong kakayahang magparehistro para bumoto sa hinaharap.

Gusto mo bang magparehistro para bumoto? Oo Hindi

Estado ng Alaska
Kagawaran ng Kalusugan
Dibisyon ng Pamublikong Tulong

Makipag-ugnayan sa Mga Tao at Samahan

Para matukoy ang iyong pagiging kwalipikado para sa tulong, maaaring kailanganin 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 aming pangalan at titulo. 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 kaso ng iyong pamublikong tulong.

1 Impormasyon tungkol sa dalawang taong lubos na nakakakilala sa iyo:

Pangalan at Relasyon sa Iyo	Address para sa Koreo	Pang-araw na Telepono

2 Impormasyon tungkol sa iyong landlord:

Pangalan	Address para sa Koreo	Pang-araw na Telepono

3 Impormasyon tungkol sa iyong employer:

Pangalan	Address para sa Koreo	Pang-araw na Telepono

Appendix A: Saklaw Pangkalusugan mula sa Mga Trabaho

HINDI mo kailangang sagutin ang mga tanong na ito 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.

Impormasyon ng EMPLEYADO

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

Impormasyon ng EMPLOYER

3. Pangalan ng employer	4. Numero ng Pagkakakilanlan 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? <input type="checkbox"/> 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. Pangalan: _____ Pangalan: _____ Pangalan: _____ <input type="checkbox"/> 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 tukoy)?
- Ang Employer ay hindi mag-aalok ng saklaw pangkalusugan
- 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 kailangang bayaran 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 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)

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 Pampublikong Tulong. Ang taong ito ay tinatawag na “awtorisadong kinatawan.” **Ang isang awtorisadong kinatawan ay pwedeng gumawa ng mga pagbabago sa iyong kaso ng Pampublikong 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 Pampublikong 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 magtalaga, mag-alis, o magpalit ng awtorisadong kinatawan sa anumang oras. Kung sakaling kailanganin mong palitan ang iyong awtorisadong kinatawan, makipag-ugnayan sa Dibisyon ng Pampublikong 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 Apartment o numero ng suite ng Awtorisadong Kinatawan		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 ibahagi 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 Pampublikong 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 Pampublikong Tulong na maglabas ng impormasyon tungkol sa katayuan ng iyong kaso sa karagdagang tao o samahang ito. Maaari mong kanselahin ang paglabas na ito anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Dibisyon ng Pampublikong Tulong.

Pangalan ng tao (Pangalan, Gitnang pangalan, Apelyido) o Samahan		Numero ng Telepono
Address ng Apartment o numero ng 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.

Ang Iyong Mga Karapatan at Responsibilidad

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

May karapatan kang talakayin ang anumang aksyon sa 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 desisyong 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 Tumatanggap ng Medicaid sa 1-800-780-9972.

Kung humiling ka ng patas na pagdinig bago ang petsa ng bisa ng aksyon, pwede kang magpatuloy na makatanggap ng mga benepisyo hanggang sa magawa ang desisyon 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 ulit para sa mga benepisyo habang naghihintay para sa iyong pagdinig. Sa pagdinig, pwede mong katawanin ang iyong sarili o katawanin ng isang legal na kinatawan. Pwede kang maging kwalipikado para sa libreng legal na payo at representasyon sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Alaska Legal Services Corporation sa (907) 272-9431 o 1-888-478-2572.

Karapatan kong umapela

Alam kong malalaman ko kung paano mag-apela sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Dibisyon ng Pamublikong Tulong o sa Marketplace 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 Pinamamahalaang Merkado o Medicaid ng Pamublikong Tulong, dapat mong iulat ang anumang katatagan 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

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.

Basahin at panatilihin ang pahinang ito.

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 pagtukoy 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 pagtukoy 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.

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 magresulta sa pagtanggap ng mga benepisyo sa bawat indibidwal na hindi makapagbigay ng SSN. Ang anumang ibinigay na SSN ay gagamitin at ibunyag 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.

Basahin at panatilihin ang pahinang ito.

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 Serbisyong 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: FNOCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

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

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, pakidial ang 711 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.

Basahin at panatilihin ang pahinang ito.

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 (Department of Homeland Security), 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 benepisyong pangpublikong tulong na hindi ka kwalipikado, o para matulungan ang tao na makakuha ng mga benepisyong hindi sila kwalipikado. Dapat mong bayaran ang anumang benepisyong 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 benepisyong SNAP para makabili ng alak o tabako • i-trade o ibenta ang mga benepisyong SNAP o EBT card 	<p>Maaari akong...</p> <ul style="list-style-type: none"> • mawalan ng mga benepisyong SNAP sa loob ng 12 buwan para sa unang paglabag at pagbayarin sa lahat ng benepisyong labis na binayaran sa akin • mawalan ng mga benepisyong 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 benepisyong 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 benepisyong SNAP para sa mga kontroladong substance, tulad ng mga droga 	<ul style="list-style-type: none"> • mawalan ng mga benepisyong SNAP sa loob ng 24 na buwan para sa unang paglabag • permanenteng mawalan ng mga benepisyong 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 ako ay makakuha ng mga karagdagang benepisyong SNAP 	<ul style="list-style-type: none"> • mawalan ng mga benepisyong SNAP sa loob ng 10 taon para sa bawat paglabag
<ul style="list-style-type: none"> • nahatulan ng pangangalakal o pagbebenta ng mga benepisyong SNAP na nagkakahalaga ng higit sa \$500, o pangangalakal ng mga benepisyong SNAP para sa mga baril, bala, o mga pampasabog 	<ul style="list-style-type: none"> • permanenteng pagbawalan sa pagtanggap ng mga benepisyong 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 ako ay makakuha ng mga karagdagang benepisyong SNAP • 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>Maaari akong...</p> <ul style="list-style-type: none"> • mawalan ng mga benepisyong SNAP sa loob ng 6 na buwan para sa unang paglabag • mawalan ng mga benepisyong SNAP sa loob ng 12 buwan para sa pangalawang paglabag • permanenteng mawalan ng benepisyong SNAP 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
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 benepisyong Medicaid o napatunayang nagkasala ng maling pag-uugali na nauugnay sa mga benepisyong Medicaid • gumawa ng pandaraya sa Medical Assistance sa ilalim ng AS 47.05.210 	<p>Maaari 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.