

APLIKASYON PARA SA TULONG NG MEDICARE SA PAGBABAYAD

Pakibasa ang sumusunod bago kumpletuhin ang aplikasyon. Kailangang ninyong sagutin ang lahat ng mga tanong bago namin malalaman kung matutulungan namin kayo. Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagkumpleto ng alinmang bahagi ng aplikasyong ito, tawagan ang inyong lokal na opisina ng Medicaid.

Aplikante					
Apelyido		Pangalan		Gitnang Inisyal	
Tirahan		Siyudad	Estado	Zip Code	
Direksiyong Pangkoreo (Kung Iba)		Siyudad	Estado	Zip Code	
Numero ng Telepono: Bahay: Cell: Iba:		Serbisyong Pagsasalin ng Wika: Nahihirapan ba kayong magsalita, magbasa, o magsulat ng Ingles? Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>			
Katayuan sa Pag-aasawa: Walang Asawa <input type="checkbox"/> May Asawa <input type="checkbox"/> Biyudo(a) <input type="checkbox"/> Hiwalay <input type="checkbox"/>		Kung kailangan ninyo ng tagasalin ng wika, magbibigay kami. Sabihin ninyo sa amin ang wika ninyo.			
Kinatawan/Tagatangkilik					
Apelyido		Pangalan		Gitnang Inisyal	
Tirahan		Siyudad	Estado	Zip Code	
Direksiyong Pangkoreo (Kung Iba)		Siyudad	Estado	Zip Code	
Kaugnayan sa Aplikante:		Numero ng Telepono: Bahay: Cell: Iba:			
Mga Miyembro ng Sambahayan					
Ilista ang lahat ng mga miyembro ng sambahayan. Gamitin ang mga pangalang legal (tulad ng nakalista sa kard ng Medicare o sertipiko ng kapanganakan).					
Pangalan (Apelyido, Una, Gitnang Inisyal)	Kaugnayan sa Inyo	Petsa ng Kaarawan	Humihiling ng mga Benepisyo?	Numero ng Seguridad Sosyal (Social Security)	Kasarian L o B
	Sarili		Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>		
	Asawa		Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>		
	Iba (Tukuyin)		Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>		

Mga Yaman

Para sa bawat tao na isinama ninyo sa aplikasyong ito na may mga yaman, ilista ang yaman sa ibaba. Ilista ang uri ng yaman, sino ang may-ari ng yaman at kung ang yaman ay pag-aari nang mag-isa o may-kasama. Ang mga yaman ay kabilang ang, pero hindi limitado sa:

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pera • Tseke • Naiimpok • Kuwenta sa Money Market | <ul style="list-style-type: none"> • Mutual Funds • Savings Bonds • Mga Sapi • Sertipiko ng Deposito (CD) | <ul style="list-style-type: none"> • Kwenta Para sa Pagreretiro ng Indibidwal (IRAs) • Tunay na Ari-arian (maliban sa pangunahing tirahan) |
|--|---|--|

Uri ng Yaman	(Mga) Pangalan ng May-ari	Pagiging May-Ari	Kasalukuyang Halaga
		Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>	\$
		Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>	\$
		Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>	\$
		Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>	\$
		Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>	\$
		Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>	\$
		Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>	\$
		Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>	\$

Ikaw ba o ang asawa mo ay may-ari ng sasakyan (kotse, trak, bangka, motor home, o motorsiklo, camper, at/o trailer)? Kung oo, pakilista sa ibaba:

Pangalan ng (mga) May-ari	Pagiging May-ari	Uri ng Sasakyan	Taon	Yari/Modelo	Halaga	Halagang Dapat Bayaran
	Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Mag-isa <input type="checkbox"/> May-Kasama <input type="checkbox"/>				\$	\$

Ikaw ba o ang asawa mo ay may polisa ng seguro (insurance policy) sa buong buhay na may katumbas na halaga sa pera? Kung oo, pakilista sa ibaba:

May-ari ng Polisa	Pangalan ng Kompanya ng Seguro/Numero ng Polisa	(Mga) Taong Sakop	Lantad na Halaga	Halaga sa Pera
			\$	\$
			\$	\$

Basahing Mabuti Bago Pumirma

Naiintindihan ko na:

- Dapat kong ipagbigay-alam kaagad sa opisina ng Medicare, sa sulat, o sa pamamagitan ng telepono, ang anumang mga pagbabago sa aking kalagayan. Ang nahuling pag-uulat ay maaaring maging dahilan ng mga maling benepisyo.
- Ang aking kalagayan ay kailangan ng pagpapatoo ng opisina ng Medicaid o ibang mga Ahensiya ng Estado o Pederal na pamahalaan.
- Dapat akong magbigay ng katunayan na karapat-dapat ako sa tulong. Ang opisina ng Medicaid ay maaaring tumulong sa akin na kumuha ng katunayan o makipag-ugnayan sa ibang mga tao o ahensiya para rito.
- Dahil sa paghingi at pagtanggap ng mga benepisyo ng pangangalagang medikal, ibinibigay ko sa Estado ang lahat ng mga karapatan sa anumang suportang medikal at sa anumang mga pagbabayad ng ikatlong partido sa pangangalagang medikal.

Pagpapahayag at mga Pirma

Nabasa ko at naintindihan ko ang impormasyon sa aplikasyong ito. Ipinahahayag ko, sa ilalim ng parusa sa pagbibigay ng hindi totoong sinumpaang pahayag, na ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyong ito ay totoo, tama, at kumpleto sa abot ng aking kaalaman.

Pirma ng Aplikante		Petsa
Pirma ng Asawa (Kung Angkop)		Petsa
Pirma ng Taong Tumutulong sa Aplikante	Organisasyon	Petsa