

## Aplikasyon para sa Allied Health Scholarship Program – 2024

### Pangkalahatang Impormasyon

---

**Gagamitin lamang ang iyong tugon sa mga tanong para sa mga layunin ng pagmamarka, pag-uulat, at pagsusuri. Hindi ibabahagi ng HCAI ang iyong mga indibidwal na tugon sa sinumang third party at ibubunyag lamang ang demograpikong impormasyon na nakolekta bilang tugon sa mga tanong na ito nang pinagsama-sama o kung maaaring kakailanganin ng naaangkop na batas, kabilang ang California Public Records Act.**

Pangalan ng Aplikante\*

Apelyido ng Aplikante\*

Kasalukuyan ka bang tinanggap o naka-enroll sa isa sa mga sumusunod na programa ng edukasyon?\*

*Maaaring maging kwalipikado ang ilang programa na makatanggap ng mga pondo sa kalusugan ng reproductive. Kapag sumagot ka ng "wala sa mga nabanggit" maaari kang maging kwalipikado para sa iba pang mapagkukunan ng pondo.*

Sa pagtatapos, plano mo bang magtrabaho sa kalusugan ng reproductive?\*

Hindi

Oo

*Kapag ang sagot mo ay "Oo" maaaring maging available ang pondo sa pamamagitan ng mga pondo sa Kalusugan ng Reproductive.*

Handa ka bang magpatuloy o magsimulang magbigay ng pangangalagang nauugnay sa aborsyon?\*

Hindi

Oo

*Ang "Aborsyon" ay tinutukoy bilang anumang medikal na paggamot na naglalayong himukin na wakasan ang pagbubuntis maliban sa layunin ng pagkakaroon ng isang buhay na panganganak.*

*Tinutukoy ang "Mga serbisyong nauugnay sa aborsyon" bilang kasama ang mga sapatang paglalaglag ng bata na isinagawa ng isang sinanay na provider, sa ilalim ng mga malinis na kondisyon/kapaligiran, at paggamit ng mga makabagong pamamaraan (hal., vacuum aspiration), o ang paggamit ng mga de-kalidad na gamot na may mabisang sistematikong*

## Aplikasyon para sa Allied Health Scholarship Program – 2024

*plano para sa medikal na aborsyon. Kasama rin sa mga serbisyong nauugnay sa aborsyon ang pagpapayo at/o mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na nauugnay sa mga aborsyon, serbisyong kontraseptibo, link sa iba pang serbisyo sa kalusugang seksuwal at reproductive, at mga koneksyon sa komunidad, gaya ng tinukoy sa ilalim ng pangangalaga pagkatapos ng aborsyon.*

*Mangyaring tandaan, hindi magiging kwalipikado ang isang aplikanteng nagbibigay ng mga serbisyo sa Crisis Pregnancy Center para sa mga pondong ito.*

Kasalukuyan ka bang nagtatrabaho sa o handa ka bang mangako na magbigay ng serbisyo sa loob ng 12 buwan sa kahit isa sa mga lugar na ito ng populasyon?\*

1. Isang lugar na may kakulangan ng mga propesyonal sa kalusugan, ayon sa itinalaga ng HRSA.
2. Isang lugar na kulang sa medikal na serbisyo o may populasyon na kulang sa medikal na serbisyo, gaya ng inilagay sa mapa ng [HRSA](#).
3. Isang Maternity Care Health Professional Target Area, na itinalaga ng HRSA, o isang maternity care desert, ayon sa itinalaga ng [March of Dimes](#).
4. [Isang rural na lugar](#).
5. Isang county ng California na natukoy na walang mga serbisyo sa aborsyon.
6. Isang lugar kung saan nasasaklaw ang karamihan ng mga pasyente sa ilalim ng programa ng Medi-Cal.

Hindi

Oo

Nagkaroon ka ba ng pagsasanay o sertipikasyon sa aborsyon?\*

Hindi

Oo

*Kung oo, kapag nagsumite ka ng aplikasyon, kakailanganin mong ilakip ang Didactic certificate o Clinical certificate o reference clinical competency sign-off.*

Nalalapat ba sa iyo ang isa o higit pa sa sitwasyong ito?\*

1. Dati o kasalukuyang walang tirahan.
2. Dati o kasalukuyang nasa foster care system.
3. Kwalipikado para sa National School Lunch Program (libre at pinababang presyo ng mga pagkain) sa loob ng dalawa o higit pang taon bilang isang bata.
4. Walang bachelor's degree ang mga magulang o legal na tagapag-alaga.
5. Dati o kasalukuyang kwalipikado para sa mga pederal na Pell Grant.
6. Nakatanggap ng suporta mula sa California Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) bilang isang magulang o bata.
7. Naninirahan o lumaki sa isa sa mga sumusunod na lugar:
  - a. Isang rural na lugar, ayon sa itinalaga ng [Rural Health Grants Eligibility Analyzer](#).
  - b. Isang lugar na may kakulangan ng mga propesyonal sa kalusugan, ayon sa itinalaga ng HRSA.
8. Isang indibidwal na may kapansanan, ibig sabihin ay isang taong may pisikal o kapansanan sa pag-iisp na lubhang naglilimita sa isa o higit pang pangunahing aktibidad sa buhay, gaya ng inilarawan sa Americans with Disabilities Act ng 1990 (42 U.S.C. Sec. 12101 at ang sumusunod), gaya ng isinagawang pag-amyenda.

Hindi                  Oo

Nagpaplano ka ba ng karera na nagbibigay ng mga direktang serbisyo?\*

Hindi                  Oo

Ang programa ba ng edukasyon na ito ay nakabatay sa California?\*

Hindi                  Oo

Handa ka bang mangako sa pagbibigay ng 12 buwang obligasyon sa serbisyo sa isang lugar na kulang sa serbisyo o kwalipikadong setting sa loob ng anim na buwan ng pagtatapos?\*

Hindi                  Oo

Mayroon ka bang kasalukuyang GPA ng 2.0 o mas mataas?\*

Hindi                  Oo

*Tandaan na dahil pinili mo ang "Oo" sa tanong na ito, kakailanganin mong mag-upload ng nilagdaan o nakumpletong [Form ng Scholarship Program Verification \(SPV\)](#) na nagpapatunay na mayroon kang GPA ng 2.0 o mas mataas.*

Mayroon ka bang kasaysayan sa foster care at pakikibahagi sa sistema ng kapakanan ng bata?\*

Hindi                      Oo

Mayroon ka bang kasaysayan na nawalan ka ng tirahan?\*

Hindi                      Oo

Isa ka bang First-Generation college na estudyante?\*

Hindi                      Oo

Isa ka bang dati o kasalukuyang Awardee ng Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD) o Health Care Access and Information (HCAI)?\*

Hindi                      Oo

Kung Oo, ano ang iyong dating Grant Agreement Number?

Kasalukuyan ka bang nagtatrabaho o nagboboluntaryo para sa isang entidad ng State of California?\*

Hindi                      Oo

*Kakailanganin mong mag-upload ng isang Sulat ng Salungatan ng Interes.*

Nakapagtrabaho o nakapagboluntaryo ka na ba sa isang entidad ng State of California?\*

Hindi                      Oo

*Kakailanganin mong mag-upload ng isang Sulat ng Salungatan ng Interes.*

## Impormasyon sa Profile

---

**Mangyaring pumunta sa page ng iyong profile para gumawa ng mga update sa impormasyong ito, kung kinakailangan.**

Petsa ng Kapanganakan\*

Lisensya sa Pagmamaneho o ID#\*

Email Address\*

Anong kasarian ang itinalaga sa iyo sa kapanganakan, sa iyong orihinal na sertipiko ng kapanganakan?\*

Itinuturing mo ba ang iyong sarili na ...\*

Paano mo ilalarawan ang iyong sarili?\*

Ikaw ba ay may Hispanic, Latino/a, o Espanyol na Pinagmulan?\*

Hindi

Oo: Mexican, Mexican American, o Chicano/a

Oo: Puerto Rican

Oo: Cuban

Iba pang Hispanic, Latino/a, o Espanyol na Pinagmulan (Mangyaring tukuyin)

Tumangging sabihin

Lahi\*

American Indian, Katutubong Amerikano, o Katutubong Alaskan	Black, African-American, or African Middle Eastern
Asyano, Asian Indian	Pacific Islander, Guamanian
Asyano, Tsino	Pacific Islander, Hawaiian
Asyano, Cambodian	Pacific Islander, Samoan
Asyano, Filipino	Pacific Islander, Iba pa (Mangyaring tukuyin)
Asyano, Indonesian	
Asyano, Hapones	
Asyano, Koreano	
Asyano, Laotian	White/Caucasian
Asyano, Singaporean	Iba pa (Manyaring tukuyin)
Asyano, Thai	
Asyano, Vietnamese	
Asyano, Iba pang Asyano (Mangyaring tukuyin)	Tumangging sabihin

**Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

---

**Mangyaring magbigay ng isang natatanging kontak. Ito ay dapat na isang taong hindi mo kasamang nakatira sa iisang bahay (mas mabuti na mga kamag-anak) na makakaalam kung paano ka makokontak kung kailangan naming makipag-ugnayan sa iyo.**

Pangalan ng Kontak\*

Apelyido ng Kontak\*

Address ng Kalye\*

Lungsod\*

Estado/Probinsya\*

Zip/Postal Code\*

Numero ng Telepono\*

Contact Email \*

Relasyon ng Kontak sa Aplikante\*

Impormasyong Pang-edukasyon

---

**Mangyaring ibigay ang pangalan at address ng high school kung saan ka nagtapos o ang address ng bahay kung ikaw ay homeschooled o nakatanggap ng GED.**

Pangalan ng High School\*

Address ng Kalye\*

Lungsod\*

Estado/Probinsya\*

Zip/Postal Code\*

Bansa \*



## Aplikasyon para sa Allied Health Scholarship Program – 2024

---

Ang pinansyal na tulong na nakabatay sa kita ay pinansyal na tulong batay sa pagsusuri ng kolehiyo o unibersidad sa pinansyal na pangangailangan, karaniwang nakabatay sa pagkumpleto ng isang FAFSA o iba pang dokumentasyon para sa kwalipikasyon ng kita. Kasama sa mga karaniwang halimbawa ang Pell Grant, College Promise Grant, Perkins Loan, Trabaho-Pag-aaral, Federal Supplemental Educational Opportunity Grant (FSEOG), o Health Resources and Services Administration (HRSA) Scholarship para sa Mahihirap na Estudyante.

Nakatanggap ka na ba ng abiso na makakatanggap ka ng award para sa pinansyal na tulong na nakabatay sa pangangailangan sa alinmang kolehiyo o unibersidad kung saan ka pumasa at naglalayong mag-enroll sa susunod na akademikong taon? \*

Hindi            Oo

Nakatanggap ka na ba ng award para sa pinansyal na tulong na nakabatay sa kita sa alinmang kolehiyo o unibersidad kung saan naka-enroll?\*

Hindi            Oo

Kung Oo, mangyaring piliin ang (mga) uri ng award.\*

College Promise Grant

Pell

Perkins Loan

Trabaho-Pag-aaral

Federal Supplemental Educational Opportunity Grant (FSEOG)

HRSA Scholarship para sa Mahihirap na Estudyante

Iba pa

Pinakamataas na antas ng degree na natapos \*

## Propesyonal na Impormasyon

---

Nagsasalita ka ba ng alinman sa sumusunod na wika maliban sa Ingles, nang matatas/mahusay upang magbigay ng mga direktang serbisyo sa mga kliyente? Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop:

Anumang Katutubo at/o Wika ng Tribu	Anumang anyo ng Sign Communication	Arabic	Armenian
Cambodian	Chinese	Farsi	Hindi
Hmong	Japanese	Korean	Laotian
Mien	Punjabi	Russian	Espanyol
Tagalog	Thai	Ukrainian	Vietnamese

Kasalukuyan ka bang sertipikado, lisensyado, o nakarehistro sa isang Nagpapatunay na Organisasyon, Lupon, o Komite ng California (California Certifying Organization, Board, or Committee)?\*

Hindi      Oo

Kung oo, piliin ang lahat ng naaangkop:

Board of Behavioral Sciences	Board of Psychology
California Board of Occupational Therapy	California Board of Registered Nursing
California Commission on Teacher Credentialing	California Medical Board
California State Board of Pharmacy	Department of Health Care Services
Dental Board of California	Osteopathic Medical Board of California
Physical Therapy Board of California	Physician Assistant Board
Speech-Language Pathology and Audiology and Hearing Aid Dispensers Board	Iba pa

Sertipikasyon, Lisensya, o Numero ng Pagpaparehistro\*

Petsa ng Sertipikasyon, Lisensya, o Pagpaparehistro na Ibinigay\*

National Provider Identifier (NPI), kung naaangkop:

*Ang NPI ay isang 10-digit numerical identifier para sa mga provider ng mga serbisyo sa pangangalagang kalusugan. Ibinibigay ang NPI ng pederal na pamahalaan sa mga provider ng pangangalagang pangkalusugan.*

Nagboluntaryo o nagtrabaho ka ba sa isang lugar na kulang sa serbisyo o sa mga grupo na kulang sa serbisyo sa Estados Unidos o sa ibang bansa?\*

Hindi

Oo

## Scholarship Program Verification

---

Ang programa kung saan ka nag-enroll o pumasa na magresulta sa isa sa mga sumusunod na propesyon: \*

Pangalan ng Paaralan o Programa \*

Uri ng Paaralan o Programa \*

Address ng Paaralan

Address ng Kalye\*

Lungsod\*

Estado\*

Zip Code\*

Kasalukuyan ka bang naka-enroll o pumasa para mag-enroll? \*

Hindi

Oo

Sa pagtatapos, plano mo bang maglingkod sa mga bata at kabataan na may edad 0 hanggang 25? \*

Hindi

Oo

## Aplikasyon para sa Allied Health Scholarship Program –2024

---

I-download at i-print ang form ng [Scholarship Program Verification \(SPV\) form](#). Ang form ay dapat kumpletuhin at lagdaan ng iyong direktor ng programa o ng angkop na itinalaga. Kapag nakumpleto at nilagdaan na, eksaktong ilagay ang impormasyon tulad ng ibinigay sa SPV, sa mga field na nasa ibaba. Kung hindi tumutugma ang impormasyon sa SPV, ituturing na hindi kwalipikado ang iyong aplikasyon

*Tandaan: HINDI kami tumatanggap ng mga sulat mula sa iyong paaralan bilang kapalit ng SPV. Dapat na i-scan at i-upload ang mga form a dulollikasyon na ito.*

Petsa ng Pagsisimula \*

Inaasahang Pagtatapos/ Petsa ng Pagtatapos \*

Grade Point Average \*

Bilang ng mga Yunit na Kasalukuyang Naka-enroll\*

Uri ng mga Yunit \*

Kasalukuyang Hinahangad na Degree/Sertipikasyon \*

Mangyaring gamitin ang form ng [HCAI Scholarship Cost of Attendance form](#) para kalkulahin ang Cost of Attendance at input ng kabuuang halaga sa ibaba. Ito ay para sa isangaon ng pag-aaral kabilang ang, ngunit hindi limitado sa matrikula, mga libro, bayarin, supply, klinikal na gastos, kuwarto at board (kabilang ang mga pabahay sa labas ng campus at grocery), at umaasa sa pangangalaga. Hihilingin sa iyo na i-upload ang dokumento sa dulo ng aplikasyon.

Cost of Attendance \*

## Kasaysayan ng Pagtatrabaho

---

Ilagay ang karanasan sa trabaho na nauugnay sa kalusugan simula sa iyong pinakahuling employer

Pangalan ng Employer 1*	
JTitulo ng Trabaho*	
Kasalukuyan akong nagtatrabaho dito*	
Hindi	Oo
Address ng Kalye*	
Lungsod*	Estado/Probinsya*
Zip/Postal Code*	Bansa *
Status ng Pagtatrabaho*	

Pangalan ng Employer 2\*

Titulo ng Trabaho\*

Kasalukuyan akong nagtatrabaho dito\*

Hindi

Oo

Address ng Kalye\*

Lungsod\*

Estado/Probinsya\*

Zip/Postal Code\*

Bansa \*

Status ng Pagtatrabaho\*

Pangalan ng Employer 3\*

Titulo ng Trabaho\*

Kasalukuyan akong nagtatrabaho dito\*

Hindi

Oo

Address ng Kalye\*

Lungsod\*

Estado/Probinsya\*

Zip/Postal Code\*

Bansa \*

Status ng Pagtatrabaho\*



Pangalan ng Employer 4\*

Titulo ng Trabaho\*

Kasalukuyan akong nagtatrabaho dito\*

Hindi

Oo

Address ng Kalye\*

Lungsod\*

Estado/Probinsya\*

Zip/Postal Code\*

Bansa \*

Status ng Pagtatrabaho\*

## Mga Kinakailangang Dokumento

---

**Ilakip ang mga sumusunod na dokumento para sumuporta sa iyong aplikasyon gaya ng itinagubilin. Tanging .doc, .docx, PDF, PNG, at JPEG na mga file ang tatanggapin.**

1. Cost of Attendance

Mag-upload ng cost of attendance na nagpapakita ng mga gastos na nauugnay sa loob lamang ng isang taon. Ang dokumento ay dapat makuha ng iyong paaralan. Hindi tatanggapin ang mga screenshot.

2. FORM NG SCHOLARSHIP PROGRAM VERIFICATION (SPV)

Mag-upload ng isang nakumpleto at nilagdaang form ng SPV (nilagdaan ng iyong direktor ng programa o ng angkop na itinalaga). Matatagpuan ang form sa page ng Scholarship Program Verification o gamitin ang sumusunod na link para I-download ang [SPV Template](#).

3. Sulat ng Salungatan ng Interes

Mag-upload ng sulat na nagpapahiwatig na wala kayong salungatan ng interes, o ng iyong kasalukuyan o dating employer ng estado ng California sa Department of Health Care Access and Information (HCAI). [Tingnan ang mga template ng sulat.](#)

4. Sertipiko ng Pagsasanay sa Aborsyon

Mag-upload ng (mga) sertipiko na nagpapakita ng iyong pagsasanay sa aborsyon. Kung mayroon kang higit sa isang sertipiko/dokumentong pagsasanay, ilagay lahat sa isang file para sa iyong pag-upload.

## Sertipikasyon

---

Pinatutunayan ko na ang lahat ng impormasyon sa aplikasyon na ito ay totoo at tumpak sa abot ng aking kaalaman. Pinapahintulutan ko ang Department of Health Care Access and Information (HCAI) na i-verify ang anumang impormasyong isinumite bilang bahagi ng aplikasyong ito. Naiintindihan ko na ang palsipikasyon ng impormasyong nakapaloob sa aking aplikasyon ay magpapawalang-bisa sa aking aplikasyon. Nauunawaan ko na kung matutuklasan ang palsipikasyon pagkatapos na mabigyan ako ng award o kung lumabag ako sa aking kasunduan sa grant, kakailanganin kong bayaran ang lahat ng pondong ibinigay, kasama ang mga bayad sa interes at administratibo. Naiintindihan ko na kapag naisumite na, magiging pagaari ng HCAI ang aking aplikasyon at mga sumusuportang dokumento. Naiintindihan ko na, kung ibinigay ang Scholarship, sumasang-ayon ako sa mga tuntunin sa ibaba:

1. Ibalik ang lahat ng sulat sa napapanahong paraan.
2. Lagdaan ang isang kasunduan sa grant. Papasok ako sa isang pinirmahan, na kasunduan ng grant sa Department of Health Care Access and Information (HCAI).
3. Kapag hiniling, magsumite ng Form ng Graduation Date Verification (GDV) para sa bawat kolehiyong pinasukan (o high school, kung naabot ang pinakamataas na edukasyon)
4. Panatilihin ang GPA na hindi bababa sa 2.0 hanggang sa pagtatapos.
5. Naka-enroll sa hindi bababa sa (6) na yunit ng semestre, o ang katumbas nito hanggang sa makumpleto ang program
6. Sa pagtatapos, magpadala ng nilagdaan at nakumpletong (GDV) form na nagpapatunay na natugunan ang mga kinakailangan ng programa.
7. Kapag hiniling, magsumite ng mga Ulat Tungkol sa Progreso, na nilagdaan ng aking (mga) superbisor upang i-verify na ginagawa at tinutugunan ko ang mga kinakailangan ng programa.
8. Maghanap ng trabaho sa isang kwalipikadong pasilidad kapag nakapagtapos ng pag-aaral. Ang pagtatalaga ay dapat na espisipiko sa aplikasyon ng programa.
9. Sa loob ng labindalawang (12) buwan (sa pagtatapos ng pag-aaral at sa sandaling nagtrabaho sa isang kwalipikadong pasilidad) magbigay ng direktang pangangalaga sa pasyente (hindi bababa sa 32 oras bawat linggo)
10. Ipaalam sa HCAI ang anumang pagbabago sa aking address, email, numero ng telepono, trabaho, at anumang leave of absence sa trabaho, sa loob ng 30 araw.
11. Hindi tumatanggap ng anumang ibang award sa iba pang entidad, kabilang ang ibang programa ng HCAI, kung saan hinihiling sa akin na tuparin ang isang kontrata na kasabay sa panahong ito.
12. Sumasailalim sa pagbabayad ng mga pondong natanggap, na may interes, at anumang na-liquidate na mga pinsala para sa mga pinsalang natamo ng HCAI at ng Estado ng California bilang resulta ng paglabag, isang halagang katumbas ng bilang ng mga buwan na obligated service na hindi nakumpleto, kung hindi ako sumunod sa mga tuntunin ng kasunduan sa grant.

Sang-ayon ako sa

Petsa

e-signature

