



AIDS Drug Assistance Program Enrollment Application

Telepono: 1 (844) 421-7050 ADAP Fax: 1 (844) 421-8008

Ang mga kinakailangang field ay may nakalagay na asterisk (*)

Ang mga kinakailangang field, kung naaangkop ay may nakalagay na mga asterisk (**)

ID ng Kliyente _____

Uri ng aplikasyon*: Inisyal Pag-update Muling pag-enrol Muling Pag-sertipika (Re-Cert)/S V F na may Mga Pagbabago

Seksyon 1 Profile

Pangalan* _____ Gitnang Inisyal _____ Apelyido* _____

Petsa ng Kapanganakan* _____ Numero ng Social Security _____

Address ng Tirahan _____ Numero ng Apartment _____

Lungsod* _____ Estado* _____ Zip* _____ County _____

Walang Tirahan

Maaari ba kaming magpadala ng sulat sa address ng tirahan na ito?*

Oo Hindi, gamitin ang address para sa koreo Hindi, gamitin ang enrollment site

Address para sa koreo* _____ Numero ng Apartment _____

Lungsod* _____ Estado* _____ Zip* _____ County _____

Numero ng Telepono _____

Maaari ba kaming makipag-ugnayan sa iyo sa numero ng telepono na ito?*

Oo Wala Hindi Naaangkop

Email address _____

Maaari ba kaming makipag-ugnayan sa iyo sa email address na ito?*

Oo Wala Hindi Naaangkop

Seksyon 2 Demograpiko

Ano ang iyong kinagisnang kasarian?* Lalaki Babae Hindi alam

Ikaw ba ay nagdadalang-tao?* Oo Hindi

Ano ang iyong kasarian?*

Lalaki Babae Transgender, Lalaki na naging Babae

Transgender, Babae na naging Lalaki Transgender, Hindi alam Hindi alam

Ano ang iyong oryentasyong sekswal?*

Straight o heterosexual Lesbian, gay, o homosexual Bisexual

Iba pa, pakitukoy _____

Hindi batid Nagpasyang hindi ipaalam

Ano ang iyong etnisidad? * Hispanic (**tingnan ang E1**) Hindi Hispanic

E1.Kung Hispanic, ano ang iyong pagkakakilanlan?** (Lagyan ng tsek ang lahat ng naangkop)

Mexican, Mexican American, Chicano/Chicana Puerto Rican Cuban

Spanish, Portuguese, Cape Verdean Iba pang Hispanic Hindi Naaangkop

Ano ang iyong lahi? (Lagyan ng tsek ang lahat ng naangkop)*

Puti Itim o Aprikanong Amerikano Asyano (**Tingnan ang R1**)

Katutubo ng Hawaii/ Taga-Isla Pasipiko (**Tingnan ang R2**) Amerikanong Indiyano

Tumangging Ipaalam

R1. Kung Asyano, ano ang iyong pagkakakilanlan (Lagyan ng tsek ang lahat ng naangkop)**

Asyanong Indian Bangladeshi Burmese Cambodian Chinese

Filipino Hmong Indonesian Japanese Korean

Malaysian Pakistani Singaporean Sri Lankan Taiwanese

Vietnamese Laotian Thai Iba pang Asian

R2. Kung Katutubo ng Hawaii/ Taga-Isla Pasipiko, ano ang iyong pagkakakilanlan (Lagyan ng tsek ang lahat ng naangkop)**

Fijian Guamanian o Chamorro Katutubo ng Hawaii

Samoan Tongan Iba pang Taga-Isla Pasipiko

Seksyon 3 Klinikal

Ano ang iyong HIV status?*	Positibo sa HIV, hindi AIDS	AIDS batay sa pagpapakahulugan ng CDC
1. Positibo sa HIV, hindi AIDS	1. Positibo sa HIV, hindi AIDS	1. AIDS batay sa pagpapakahulugan ng CDC
2. Hindi positibo sa HIV	2. Hindi positibo sa HIV	2. Hindi positibo sa HIV
3. Hindi alam	3. Hindi alam	3. Hindi alam

Viral Load _____ Petsa ng Viral Load _____

C D 4 Count _____ Petsa ng C D 4 Count _____

Seksyon 4 Sambahayan

Ano ang iyong kasalukuyang katayuang sibil?*	Single	May asawa	Legally Separated
--	--------	-----------	-------------------

Diborsyado/a May Kinakasama (Domestic Partnership)

Laki ng sambahayan (Mga tao kabilang ang iyong sarili)* _____

Taunang Kita ng Sambahayan* _____

Taon para sa Kita ng Sambahayan (Kasalukuyan o nakaraang taon)* _____

Seksyon 5 Saklaw na Pangkalusugan

Saklaw ng Medi-Cal

Nakaenrol ka ba sa Medi-Cal?*

Oo, nakaenrol ako Nag-aplay ako, ngunit natanggihan Hindi, kinansela ang pagkaka-enrol ko

Naghihintay pa rin ako ng desisyon tungkol sa aking kwalipikasyon para sa Medi-Cal Hindi, hindi kailanman ako nag-aplay

Hindi ko alam

Kung pinili ang “Oo, nakaenrol ako,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong.**

Sa anong uri ng Medi-Cal ka nakaenrol?*

Pagpapalawig ng Medi-Cal	Standard Medi-Cal	Hindi ko alam
1. ☐ Hindi 2. ☐ Hindi 3. ☐ Hindi 4. ☐ Hindi 5. ☐ Hindi 6. ☐ Hindi 7. ☐ Hindi 8. ☐ Hindi 9. ☐ Hindi 10. ☐ Hindi 11. ☐ Hindi 12. ☐ Hindi 13. ☐ Hindi 14. ☐ Hindi 15. ☐ Hindi 16. ☐ Hindi 17. ☐ Hindi 18. ☐ Hindi 19. ☐ Hindi 20. ☐ Hindi 21. ☐ Hindi 22. ☐ Hindi 23. ☐ Hindi 24. ☐ Hindi 25. ☐ Hindi 26. ☐ Hindi 27. ☐ Hindi 28. ☐ Hindi 29. ☐ Hindi 30. ☐ Hindi 31. ☐ Hindi 32. ☐ Hindi 33. ☐ Hindi 34. ☐ Hindi 35. ☐ Hindi 36. ☐ Hindi 37. ☐ Hindi 38. ☐ Hindi 39. ☐ Hindi 40. ☐ Hindi 41. ☐ Hindi 42. ☐ Hindi 43. ☐ Hindi 44. ☐ Hindi 45. ☐ Hindi 46. ☐ Hindi 47. ☐ Hindi 48. ☐ Hindi 49. ☐ Hindi 50. ☐ Hindi 51. ☐ Hindi 52. ☐ Hindi 53. ☐ Hindi 54. ☐ Hindi 55. ☐ Hindi 56. ☐ Hindi 57. ☐ Hindi 58. ☐ Hindi 59. ☐ Hindi 60. ☐ Hindi 61. ☐ Hindi 62. ☐ Hindi 63. ☐ Hindi 64. ☐ Hindi 65. ☐ Hindi 66. ☐ Hindi 67. ☐ Hindi 68. ☐ Hindi 69. ☐ Hindi 70. ☐ Hindi 71. ☐ Hindi 72. ☐ Hindi 73. ☐ Hindi 74. ☐ Hindi 75. ☐ Hindi 76. ☐ Hindi 77. ☐ Hindi 78. ☐ Hindi 79. ☐ Hindi 80. ☐ Hindi 81. ☐ Hindi 82. ☐ Hindi 83. ☐ Hindi 84. ☐ Hindi 85. ☐ Hindi 86. ☐ Hindi 87. ☐ Hindi 88. ☐ Hindi 89. ☐ Hindi 90. ☐ Hindi 91. ☐ Hindi 92. ☐ Hindi 93. ☐ Hindi 94. ☐ Hindi 95. ☐ Hindi 96. ☐ Hindi 97. ☐ Hindi 98. ☐ Hindi 99. ☐ Hindi 100. ☐ Hindi	1. ☐ Hindi 2. ☐ Hindi 3. ☐ Hindi 4. ☐ Hindi 5. ☐ Hindi 6. ☐ Hindi 7. ☐ Hindi 8. ☐ Hindi 9. ☐ Hindi 10. ☐ Hindi 11. ☐ Hindi 12. ☐ Hindi 13. ☐ Hindi 14. ☐ Hindi 15. ☐ Hindi 16. ☐ Hindi 17. ☐ Hindi 18. ☐ Hindi 19. ☐ Hindi 20. ☐ Hindi 21. ☐ Hindi 22. ☐ Hindi 23. ☐ Hindi 24. ☐ Hindi 25. ☐ Hindi 26. ☐ Hindi 27. ☐ Hindi 28. ☐ Hindi 29. ☐ Hindi 30. ☐ Hindi 31. ☐ Hindi 32. ☐ Hindi 33. ☐ Hindi 34. ☐ Hindi 35. ☐ Hindi 36. ☐ Hindi 37. ☐ Hindi 38. ☐ Hindi 39. ☐ Hindi 40. ☐ Hindi 41. ☐ Hindi 42. ☐ Hindi 43. ☐ Hindi 44. ☐ Hindi 45. ☐ Hindi 46. ☐ Hindi 47. ☐ Hindi 48. ☐ Hindi 49. ☐ Hindi 50. ☐ Hindi 51. ☐ Hindi 52. ☐ Hindi 53. ☐ Hindi 54. ☐ Hindi 55. ☐ Hindi 56. ☐ Hindi 57. ☐ Hindi 58. ☐ Hindi 59. ☐ Hindi 60. ☐ Hindi 61. ☐ Hindi 62. ☐ Hindi 63. ☐ Hindi 64. ☐ Hindi 65. ☐ Hindi 66. ☐ Hindi 67. ☐ Hindi 68. ☐ Hindi 69. ☐ Hindi 70. ☐ Hindi 71. ☐ Hindi 72. ☐ Hindi 73. ☐ Hindi 74. ☐ Hindi 75. ☐ Hindi 76. ☐ Hindi 77. ☐ Hindi 78. ☐ Hindi 79. ☐ Hindi 80. ☐ Hindi 81. ☐ Hindi 82. ☐ Hindi 83. ☐ Hindi 84. ☐ Hindi 85. ☐ Hindi 86. ☐ Hindi 87. ☐ Hindi 88. ☐ Hindi 89. ☐ Hindi 90. ☐ Hindi 91. ☐ Hindi 92. ☐ Hindi 93. ☐ Hindi 94. ☐ Hindi 95. ☐ Hindi 96. ☐ Hindi 97. ☐ Hindi 98. ☐ Hindi 99. ☐ Hindi 100. ☐ Hindi	1. ☐ Hindi 2. ☐ Hindi 3. ☐ Hindi 4. ☐ Hindi 5. ☐ Hindi 6. ☐ Hindi 7. ☐ Hindi 8. ☐ Hindi 9. ☐ Hindi 10. ☐ Hindi 11. ☐ Hindi 12. ☐ Hindi 13. ☐ Hindi 14. ☐ Hindi 15. ☐ Hindi 16. ☐ Hindi 17. ☐ Hindi 18. ☐ Hindi 19. ☐ Hindi 20. ☐ Hindi 21. ☐ Hindi 22. ☐ Hindi 23. ☐ Hindi 24. ☐ Hindi 25. ☐ Hindi 26. ☐ Hindi 27. ☐ Hindi 28. ☐ Hindi 29. ☐ Hindi 30. ☐ Hindi 31. ☐ Hindi 32. ☐ Hindi 33. ☐ Hindi 34. ☐ Hindi 35. ☐ Hindi 36. ☐ Hindi 37. ☐ Hindi 38. ☐ Hindi 39. ☐ Hindi 40. ☐ Hindi 41. ☐ Hindi 42. ☐ Hindi 43. ☐ Hindi 44. ☐ Hindi 45. ☐ Hindi 46. ☐ Hindi 47. ☐ Hindi 48. ☐ Hindi 49. ☐ Hindi 50. ☐ Hindi 51. ☐ Hindi 52. ☐ Hindi 53. ☐ Hindi

Kung pinili ang “Pagpapalawig ng Medi-Cal,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong.**

Epektibong Petsa ng Pagsisimula _____ Epektibong Petsa ng Pagwawakas _____

Numero ng Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC) _____

Kung pinili ang “Standard Medi-Cal,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong**

Epektibong Petsa ng Pagsisimula _____ Epektibong Petsa ng Pagwawakas _____

Numero ng Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC) _____

Mayroon ka bang Medi-Cal Share of Cost (SOC)?	Oo	Wala	Hindi ko alam
---	----	------	---------------

Kung pinili ang “Hindi, kinansela ang pagkaka-enrol ko,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong.**

Sa anong uri ng Medi-Cal kinansela ang pagkaka-enrol mo?*

Pagpapalawig ng Medi-Cal Standard Medi-Cal

Kung pinili ang “Pagpapalawig ng Medi-Cal,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong.**

Epektibong Petsa ng Pagsisimula _____ Epektibong Petsa ng Pagwawakas _____

Anong uri ng pagkansela sa pagkaka-enrol (disenrollment) ang natanggap mo?*

Ang aking kita ay nasa o higit sa 138% ng Pederal na Antas ng Kahirapan (Federal Poverty Level)

Kwalipikado ako para sa Medicare.

Mayroon akong labis na mga ari-arian.

May trabaho ako o nakakapagtrabaho.

Tumatanggap ako ng Unemployment Insurance (UI).

Tinanggihan ako sa loob ng nakalipas na 12 buwan sa Medi-Cal, Supplemental Security Income.
(SSI) o Social Security Disability Insurance (SSDI).

Iba pa

Kung pinili ang “Naghihintay pa rin ako ng desisyon tungkol sa aking Kwalipikasyon para sa Medi-Cal,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong**

Petsa kung kailan ka nag-aplay sa Medi-Cal _____

Saklaw ng Medicare

Kwalipikado ka ba para sa Medicare?* Oo Wala

Kung pinili ang “Oo,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong.**

Nakaenrol ka ba sa Planong Pangkalusugan sa Bahagi D ng Medicare?

Oo, nakaenrol ako Hindi, kinansela ang pagkaka-enrol ko Hindi, hindi kailanman ako nag-aplay

Kung pinili ang “Oo, naka-enrol ako,” o “Hindi, kinansela ang pagkaka-enrol ko,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong.**

Petsa ng Pagsisimula ng Plano ng Enrollment sa Bahagi D ng Medicare _____

Petsa ng Pagwawakas ng Plano ng Enrollment sa Bahagi D ng Medicare _____

Pribadong Saklaw ng Insurance

Nakaenrol ka ba sa pribadong insurance?*

Oo, nakaenrol ako

Hindi, hindi ako nakaenrol

Hindi, winakasan ang aking plano

Kung pinili ang “Oo, naka-enrol ako,” o “Hindi, hindi ako nakaenrol,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong.**

Sa anong uri ng plano sa health insurance ka nakaenrol? Kung winakasan ang iyong plano, sa anong uri ng health insurance ka nakaenrol dati?

Plano sa health insurance na nakuha sa pamamagitan ng Covered California

Pribadong Plano sa Insurance na nakuha sa pamamagitan ng tagapagkaloob o broker ng health insurance

Plano sa health insurance sa pamamagitan ng tagapag-empleyo

Pribadong Insurance sa pamamagitan ng Asawa o Iba pa

Pribadong Insurance sa pamamagitan ng Veterans' Administrative Health Care (hal. Tricare)

COBRA o Cal-COBRA

Iba pa, pakitukoy ang uri ng plano sa health insurance _____

Pangalan ng Plano sa Health Insurance _____ Member ID _____

Petsa ng Pagsisimula ng Plano _____ Petsa ng Pagwawakas ng Plano _____

Seksyon 6 Insurance

Gusto mo bang matulungan sa iyong mga insurance premium?*

Oo, gusto kong matulungan sa aking mga premium sa health insurance.

Oo, gusto kong matulungan sa aking mga premium sa Bahagi D ng Medicare. Kung pinili, ang kwalipikasyon para sa Pagbabayad ng Premium sa Bahagi D ng Medicare at petsa ng pagsisimula ng pagbabayad ay tutukuyin gamit ang impormasyon sa enrollment ng Medicare sa Seksyon 5.

Hindi, ayaw ko ng tulong.

Mga Tala

- Dapat tumulong sa medical premium ang programang HIPP upang makatulong sa mga premium sa dental at paningin.
- Hindi makatutulong ang programang HIPP sa mga hiwalay na plano para sa paningin (stand-alone vision plan). Ang premium sa paningin ay dapat kasama sa billing statement para sa mga premium sa medical o dental health insurance.
- Ang mga indibidwal na may 100% Extra Help/Pinakamalaking Low Income Subsidy (LIS) ay hindi kwalipikado para sa Programa sa Pagbabayad ng Premium sa Bahagi D ng Medicare.

Kung pinili ang “Oo, gusto kong matulungan sa aking mga premium sa health insurance,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong**

Medical

Pangalan ng Babayarang (Payee) Health Insurance?**

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

La Care and Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

Iba pa, ilagay ang pangalan ng iba pang babayarang (payee) health insurance _____

Uri ng Polisa**:

Indibidwal

Pampamilya

Ano ang halaga ng netong premium mo? _____

Numero ng Member ID/Subscriber ID _____

Account Number (kung naaangkop) _____

Numero ng Polisa/Numero ng Grupo (kung naaangkop) _____

Gaano kadalas dapat bayaran ang iyong premium?

Buwan-buwan

Dalawang beses sa isang Buwan o Kada Dalawang Buwan

Apat na beses sa Isang Taon o Kada Tatlong Buwan

Taun-taon

Petsa ng Pagsisimula ng Plano _____ Petsa ng Pagwawakas ng Plano _____

Uri ng pagkakasaklaw:

Covered CA

Pribado

COBRA

Cal-COBRA

Iba pa

Kung pinili ang “Covered CA,” pakisagot ang mga sumusunod na tanong**

Ano ang buwanang halaga ng gross premium mo? _____

Ano ang pinakamataas na Advanced Premium Tax Credit? _____

Ano ang pinakamataas na halaga ng Advanced Premium Tax Credit na iyong kukunin? _____

Anong metal sa Covered California ang pinili mo?

Bronze

Silver

Gold

Platinum

Dental

Oo, gusto kong makatanggap ng tulong dental. Kung naka-tsek, pakisagot ang mga sumusunod na tanong sa ibaba**

Pangalan ng Babayarang (Payee) Dental Insurance?

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

La Care and Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

Iba pa, ilagay ang pangalan ng iba pang babayarang (payee) health insurance _____

Uri ng Polisa: Indibidwal Pampamilya

Ano ang halaga ng netong premium mo? _____

Numero ng Member ID/Subscriber ID _____

Account Number (kung naaangkop) _____

Numero ng Polisa/Numero ng Grupo (kung naaangkop) _____

Gaano kadalas dapat bayaran ang iyong premium?

Buwan-buwan Dalawang beses sa isang Buwan o Kada Dalawang Buwan

Apat na beses sa Isang Taon o Kada Tatlong Buwan Taun-taon

Petsa ng Pagsisimula ng Plano _____ Petsa ng Pagwawakas ng Plano _____

Paningin

Oo, gusto kong makatanggap ng tulong kaugnay ng paningin. Kung naka-tsek, pakisagot ang mga sumusunod na tanong**

Tandaan: Hindi saklaw ang mga hiwalay na plano para sa paningin (standalone vision plan). Dapat na kasama ang paningin sa Medikal o Dental para sa pagkakasaklaw.

Pangalan ng Babayarang (Payee) Insurance sa Paningin?

Anthem Blue Cross

Blue Shield of California

Blue Shield of California Small Group

Conexis

Health Net

Kaiser

La Care and Local Initiative

Molina Health Care of California

Delta Dental of California

Premier Access

Iba pa, ilagay ang pangalan ng iba pang babayarang (payee) health insurance _____

Uri ng Polisa: Indibidwal Pampamilya

Gaano kadalas dapat bayaran ang iyong premium?

Buwan-buwan Dalawang beses sa isang Buwan o Kada Dalawang Buwan

Apat na beses sa Isang Taon o Kada Tatlong Buwan Taun-taon

Petsa ng Pagsisimula ng Plano _____ Petsa ng Pagwawakas ng Plano _____

Seksyon 7 Basahin at Lagdaan ang Aplikasyong ito

Hiling para sa Temporary Access Period (TAP)

Para humiling ng pansamantalang panahon ng pag-akses, dapat kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba ng aplikante/kliyente na hindi nakapagbigay ng sumusuportang dokumentasyon sa pagiging kwalipikado.

Mangyaring kumpletuhin ang sumusunod na seksyon ng aplikasyon sa ibaba:

Katibayan ng Pagkakakilanlan

Magbibigay ako ng pagkakakilanlan sa aking kawani sa pag-enrol sa ADAP.

Katibayan ng Paninirahan sa California

Magbibigay ako ng patunay ng aking paninirahan sa California sa aking Kawani sa pag-enrol sa ADAP.

Diagnosis Form

Gawa ng aking pagiging positibo sa HIV, kwalipikado ako para sa programang ADAP. Magbibigay ako sa aking kawani sa pag-enrol sa ADAP ng nakumpletong Diagnosis Form, sulat mula sa aking doktor o mga resulta sa lab kabilang ang pinakabagong Viral Load at CD4, kung naaangkop.

Kita

Magbibigay ako ng patunay ng kita ng aking sambahayan sa aking kawani sa pag-enrol sa ADAP.

Patunay ng Pagpapasya ng Medi-Cal

Mag-aaplay ako para sa, at magbibigay ng patunay sa aking kawani sa pag-enrol sa ADAP kaugnay ng pagpapasya ng Medi-Cal.

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo, tumpak, at kumpleto. Nauunawaan ko na mayroon akong pansamantalang panahon ng pag-akses para ibigay ang kinakailangang dokumentasyon na magpapatunay sa aking impormasyon kaugnay ng pagiging kwalipikado para sa ADAP gaya ng nakasaad sa itaas at ang hindi pagsunod sa loob ng inilaang pansamantalang panahon ng pag-akses ay magreresulta sa pagiging hindi kwalipikado ko hanggang sa maibigay ang naturang patunay. Nauunawaan ko rin na ang ADAP ay pinapayagang humiling ng karagdagang dokumentasyon sa pagberipika kung ang isinumiteng dokumentasyon ay tila hindi magkakatugma o hindi tama. Sumasang-ayon ako na agad ipaalam sa programa ang anumang mga pagbabago sa aking kita, tirahan, o pagsaklaw na pangkalusugan. Nauunawaan ko na ang kabiguang magbigay ng tumpak na impormasyon o sadyang hindi pagbigay ng impormasyon ay maaaring magresulta sa pagsususpindi o pagwawakas ng mga serbisyo at maaari akong magkaroon ng pananagutang pinansiyal para sa anumang mga sakop na serbisyong nakuha.

Lagda ng aplikante o itinalagang ahente na inaprubahan ng ADAP

Petsa

Seksyon 7 Basahin at Lagdaan ang Aplikasyong ito

Kodigo Penal at California False Claims Act

Ang mga kliyente sa ADAP na sadyang magbibigay ng hindi tumpak o maling dokumentasyon ay maaaring lumabag sa iba't ibang batas sa Kodigo Penal at sa California False Claims Act.

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, naniniwala ako na sa abot ng aking nalalaman ibinigay ko ang tumpak at totoong impormasyon sa pag-aplay para sa o pagsusumite ng impormasyon hinggil sa pagiging kwalipikado o paghahabol (claim) sa ADAP.

Tandaan: Kakailanganin din ng mga kliyente na isumite ang Form ng Pagpapatunay ng Kliyente, Form ng Pahintulot, at lahat ng sumusuportang dokumentasyon.

Lagda ng aplikante o itinalagang ahente na inaprubahan ng ADAP

Petsa

Seksyon 8 Impormasyon ng Kawani sa Pag-enrol sa ADAP

Pangalan ng Kawani sa Pag-enrol* _____

Numero ng Telepono* _____ Email address* _____

Pangalan ng Enrollment Site* _____

Numero ng Enrollment Site* _____ County* _____