



# SERTIPIKASYON NG FINANCIAL HARDSHIP LUGAR NG SERBISYO NG COUNTY - FORM 998-B

## IMPORMASYON NG HUMAHAWAK NG ACCOUNT

Ang seksyon sa ibaba ay pupunan ng May-ari ng Account sa Lugar ng Serbisyo ng County

<b>NUMERO NG ACCOUNT</b>	<b>ADDRESS NG SERBISYO</b>		
<b>PANGALAN NG HUMAHAWAK NG ACCOUNT</b>	<b>TAONG NAKAKATANGGAP NG PANGUNAHING PANGANGALAGA</b>		
<b>Petsa ng bill na nag-request ng kaayusan sa pagbabayad</b>	<b>Halaga ng bill na nag-request ng Kaayusan sa Pagbabayad</b>		
<b>Alin sa mga sumusunod na uri ng tulong ang kasalukuyang ginagamit ng sambahayan?</b>	I-tsek ang lahat ng puwede	Proweba ng pag-submit?	Mga tinatanggap na anyo ng patunay o saklaw
<b>MEDI-CAL</b> <b>SSI/SSP</b> <b>Cal WORKS</b> <b>CalFresh</b> <b>GENERAL ASSISTANCE</b> <b>WIC</b> <b>NONE</b>  <i>Kung walang tulong sa programa, mangyaring punan ang form 998-B2, ang Deklarasyon ng Kita ng Sambahayan</i>			SSI/SSP= Social Security Benefits Verification Letter  MEDI-CAL, CALWORKS, CALFRESH, GENERAL ASSISTANCE= Santa Cruz County Human Services Dept. Notice of Action  WIC- WIC card + valid CA ID

### SERTIPIKASYON SA TULONG PANANALAPI

Ako, ang nakapirma sa ibaba, ay nagpapahayag sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ako ang tatanggap ng nabanggit na tulong sa itaas at nagbigay ako ng patunay nito, at na ako ay miyembro ng sambahayan ng address ng serbisyo. ipinahiwatig sa itaas.

\_\_\_\_\_

Lagda ng Tumatanggap ng Tulong

### SERTIPIKASYON NG CSA WATER ACCOUNT HOLDER

Ako, ang nakapirma, ay nagpapahayag sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang pinangalanang tatanggap ng tulong sa itaas ay isang miyembro ng sambahayan sa address ng serbisyo na nakasaad sa itaas.

\_\_\_\_\_

Lagda ng Humahawak ng Account

### PARA SA GAMIT LAMANG NG OFFICE

PETA AT ORAS NG PAGTANGGAP	NATANGGAP NI	KUMPLETO?