



California Address Confidentiality Program

Programa ng California sa Kumpidensyalidad ng Address

Safe at Home Reproductive Healthcare Enrollment Application

Aplikasyon sa Pagpapatala sa Reproductive Health ng Safe at Home

- This application is five (5) pages. This form must be entirely completed with an application assistant at an enrolling agency to be accepted. All sections are required unless otherwise noted. May limang (5) pahina ang aplikasyong ito. Dapat masagutan nang kumpleto ang form na ito kasama ng isang assistant sa aplikasyon sa isang ahensya sa pagpapatala para matanggap. Kinakailangan ang lahat ng seksyon maliban na lang kung may ibang nakatala.
- Contact Safe at Home at (877) 322-5227 with questions related to this application. Makipag-ugnayan sa Safe at Home sa (877) 322-5227 para sa mga tanong na nauugnay sa aplikasyong ito.
- It is a misdemeanor to provide false information on this application. (Gov. Code §6215.2(g))**
Maituturing na misdemeanor ang pagbibigay ng maling impormasyon sa aplikasyong ito. (Gov. Code §6215.2(g))
- The enrolling agency application assistant must mail completed forms and required documents to: Safe at Home, P.O. Box 846, Sacramento, CA, 95812. Dapat i-mail ng assistant sa aplikasyon ng ahensya sa pagpapatala ang mga nakumpletong form at mga kinakailangang dokumento sa: Safe at Home, P.O. Box 846, Sacramento, CA, 95812.

SECTION 1: APPLICANT INFORMATION

SEKSYON 1: IMPORMASYON NG APLIKANTE

You must provide your full legal name. If you do not have a middle name, write "none."

Dapat mong ibigay ang iyong buong legal na pangalan. Kung wala kang gitnang pangalan, isulat ang "wala."

First Name: Pangalan:	Middle Name: Gitnang Pangalan:
Last Name: Apelyido:	
Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Non-Binary Kasarian: Lalaki Babae Non-Binary	Date of Birth: / / Petsa ng Kapanganakan:
Preferred Phone Number: () - Pinipiling Numero ng Telepono:	
Email (optional): Email (opsyonal):	
Applicant Type: Uri ng Aplikante: ☐ Provider ☐ Employee ☐ Volunteer ☐ Patient ☐ Dependent adults or incapacitated person Provider Empleyado Boluntaryo Pasyente Mga dependent na nasa hustong gulang o baldadong tao	
If also enrolling members that <u>reside in</u> your household, check all that apply: Kung magpapatala rin ng mga miyembrong <u>nakatira</u> sa iyong sambahayan, lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop: ☐ Minor child or children ☐ Household member Menor de edad na bata o mga bata Miyembro ng sambahayan	
If enrolling members in your household, please clearly write full name and birthdate of each and the phone number for adult household members: Kung nagpapatala ng mga miyembro sa iyong sambahayan, mangyaring malinaw na isulat ang buong pangalan at petsa ng kapanganakan ng bawat isa at ang numero ng telepono ng mga nasa hustong gulang na miyembro ng sambahayan:	

CONTINUED ON NEXT PAGE
IPINAGPATULUY SA SUSUNOD NA PAHINA



Do you have a disability for which you need reasonable accommodation to communicate with Safe at Home?

☐ Yes☐ No

Mayroon ka bang kapansanan na nangangailangan ng makatuwirang akomodasyon para magawa mong makipag-ugnayan sa Safe at Home?

Oo

Hindi

If yes, what type?

☐ Hearing☐ Vision☐ Other

Kung mayroon, anong uri?

Pandinig

Paningin

Iba pa

Please describe the reasonable accommodation(s) needed in the space below:

Mangyaring ilarawan ang (mga) makatuwirang akomodasyon na kinakailangan sa espasyo sa ibaba:

☐ **Reproductive Healthcare Provider/Employee/Volunteer** have provided documentation showing that the individual is to commence employment or is currently employed as a provider or employee at a reproductive health care services facility or is volunteering at a reproductive health care services facility. (Gov. Code §6215.2(a)(1)(A))

Nagbigay ang **Provider/Empleyado/Boluntaryo ng Reproductive Health** ng dokumentasyong nagpapakita na magsisimula na sa trabaho ang indibidwal o kasalukuyang siyang nagtatrabaho bilang provider o empleyado sa isang pasilidad para sa mga serbisyo sa pangangalaga sa reproductive health o nagboboluntaryo sa isang pasilidad para sa mga serbisyo sa pangangalaga sa reproductive health. (Gov. Code §6215.2(a)(1)(A))

- If a volunteer, documentation must show length of time the volunteer has committed to working at the facility. (Gov. Code §6215.2(a)(2))

Kung isang boluntaryo, dapat ipakita sa dokumentasyon ang tagal ng oras na iginugol ng boluntaryo sa pagtatrabaho sa pasilidad. (Gov. Code §6215.2(a)(2))

☐ **Reproductive Healthcare Patients** have provided any police, court or other government agency records or files that show any complaints of the alleged threats or acts of violence. (Gov. Code §6215.2(a)(3)(B))

Nagbigay ang **Mga Pasyente sa Pangangalaga sa Reproductive Health** ng anumang record o file galing sa pulisya, hukuman, o iba pang ahensya ng pamahalaan na nagpapakita ng anumang reklamo sa mga ipinaparatang na banta o pagkilos na nauugnay sa karahasan. (Gov. Code §6215.2(a)(3)(B))

SECTION 2: ADDRESS AND CONTACT INFORMATION

SEKSYON 2: ADDRESS AT IMPORMASYON SA PAKIKIPAG-UGNAYAN

You must provide the residence address where you currently live. Do not provide a post office box or a rented mailbox.

Dapat mong ibigay ang address ng tirahan kung saan ka kasalukuyang nakatira. Huwag magbigay ng post office box o nirerentahang mailbox.

Residence Address:

Address ng Tirahan:

Apartment/Unit:

Apartment/Unit:

City:

State:

ZIP Code:

Lungsod:

Estado:

ZIP Code:

County:

County:

You must provide your mailing address if different from your residence address. A post office box or rented mailbox is allowed as your mailing address. Safe at Home will forward your mail to this location.

Dapat mong ibigay ang iyong mailing address kung naiiba ito sa address ng iyong tirahan.

Pinapayagan ang post office box o nirerentahang mail box bilang iyong mailing address. Ifo-forward ng Safe at Home ang iyong mail sa lokasyong ito.

☐ Same as residence address (skip to facility address information)

Pareho sa address ng tirahan (lumaktaw sa impormasyon ng address ng pasilidad)

Mailing Address:

Mailing Address:

Apartment/Unit:

Apartment/Unit:

City:

State:

ZIP Code:

Lungsod:

Estado:

ZIP Code:

CONTINUED ON NEXT PAGE

IPINAGPATULOY SA SUSUNOD NA PAHINA



You must provide the name and address of the reproductive healthcare facility where you are a provider, employee, volunteer, or patient.

Dapat mong ibigay ang pangalan at address ng pasilidad sa pangangalaga sa reproductive health kung saan ka isang provider, empleyado, boluntaryo, o pasyente.

Name of reproductive healthcare facility: Pangalan ng pasilidad sa pangangalaga sa reproductive health:		
Address: Address:		County: County:
City: Lungsod:	State: Estado:	ZIP Code: ZIP Code:

SECTION 3: APPLICANT AGREEMENT/ACKNOWLEDGEMENT SEKSYON 3: KASUNDUAN/PAGKILALA NG APLIKANTE

Applicants **MUST** agree to and confirm the following to enroll in the program. Please initial each statement and provide a full signature and the date in the space below.

DAPAT sang-ayunan at kumpirmahin ng mga aplikante ang mga sumusunod para makapagpatala sa programa. Mangyaring lagyan ng inisyal ang bawat pahayag at ibigay ang buong lagda at ang petsa sa espasyo sa ibaba.

	I designate the Secretary of State as agent for purposes of service of process and for the purposes of receipt of mail. (Gov. Code §6215.2(a)(4)) Itinatalaga ko ang Kalihim ng Estado bilang ahente para sa mga layunin ng serbisyo ng pagpoproseso at para sa mga layunin ng pagtanggap ng mail. (Gov. Code §6215.2(a)(4))
	The Secretary of State may terminate my participation in the Safe at Home program if I am enrolling as a provider, employee, or volunteer and fail to disclose a change in employment, or termination as a volunteer or provider. (Gov. Code §6215.4(b)(5)) Posibleng wakasan ng Kalihim ng Estado ang aking pakikilahok sa programang Safe at Home kung magpapatala ako bilang isang provider, empleyado, o boluntaryo at hindi ko magagawang ihayag ang tungkol sa pagbabago sa aking trabaho, o pagwawakas ng aking pagiging boluntaryo o provider. (Gov. Code §6215.4(b)(5))
	The Secretary of State may terminate my participation in the Safe at Home Program and invalidate my authorization card if a service of process document or mail forwarded to the program participant by the Secretary of State is returned as non-deliverable. (Gov. Code §6215.4(b)(4)) Posibleng wakasan ng Kalihim ng Estado ang aking pakikilahok sa Programang Safe at Home at ipawalang-bisa ang aking card ng pahintulot kung may dokumento ng serbisyo ng pagpoproseso o mail na na-forward ng Kalihim ng Estado sa kalahok sa programa na ibabalik bilang hindi maihatid. (Gov. Code §6215.4(b)(4))
	I understand that if I provide false information, or if I falsely state on an application that disclosure of my address would endanger my safety, the safety of a minor child or children, or the incapacitated person on whose behalf this application is made, or if I knowingly provide false or incorrect information on this application, I may be guilty of a misdemeanor. (Gov. Code §6215.2(g)) Nauunawaan kong kung magbibigay ako ng maling impormasyon, o kung magsisinungaling ako sa isang aplikasyon tungkol sa kung paanong ang paghahayag ng aking address ay makakasama sa aking kaligtasan, sa kaligtasan ng menor de edad na bata o mga bata, o ang baldadong tao na ginagawan ng aplikasyong ito, o kung sadya akong magbibigat ng hindi totoo o maling impormasyong sa aplikasyong ito, maaari akong maging guilty sa misdemeanor. (Gov. Code §6215.2(g))

CONTINUED ON NEXT PAGE
IPINAGPATULOY SA SUSUNOD NA PAHINA



I am applying for the Safe at Home program because I am a reproductive healthcare service provider, employee, volunteer or patient and I am in fear for my safety, or for that of my family or the incapacitated person on whose behalf this application is made, because of my affiliation with a reproductive health care services facility. (Gov. Code §6215.2(a)(1)(C))
Nag-a-apply ako para sa programang Safe at Home dahil isa akong provider, empleyado, boluntaryo o pasyente ng serbisyo sa pangangalaga sa reproductive health at natatakot ako para sa aking kaligtasan, o para sa kaligtasan ng aking pamilya o ng baldadong tao na ginagawan ng aplikasyon na ito, dahil sa pagkakaroon ko ng kaugnayan sa pasilidad para sa mga serbisyo sa pangangalaga sa reproductive health. (Gov. Code §6215.2(a)(1)(C))

~or~

~o~

I am applying for the Safe at Home program because I, or the minor or incapacitated person on whose behalf the application is made, have been the target of threats or acts of violence because I obtained or I am seeking to obtain services at a reproductive health care services facility. (Gov. Code §6215.2(a)(3)(A))
Nag-aapply ako para sa programang Safe at Home dahil ako, o ang menor de edad o baldadong tao na ginagawan ng aplikasyong ito, ay nagiging target ng mga banta o pagkilos na nauugnay sa karahasan dahil nakakuha ako o sinusubukan kong makakuha ng mga serbisyo sa isang pasilidad para sa mga serbisyo sa pangangalaga sa reproductive health. (Gov. Code §6215.2(a)(3)(A))

► Signature:
Lagda:

Date: / /
Petsa:

SECTION 4: CERTIFIED STATEMENT / RESTRAINING ORDER (Must Select One) SEKSYON 4: SERTIPIKADONG PAHAYAG / UTOS SA PAGBABAWAL (Dapat Pumili ng Isa)

☐ Certified Statement by Authorized Representative (Gov. Code §6215.2(b)(1)(B)(i))

Sertipikadong Pahayag ng Awtorisadong Kinatawan (Gov. Code §6215.2(b)(1)(B)(i))

By signing below, I certify that the reproductive healthcare provider, employee, volunteer, or patient completing this application is or was the target of threats or acts of violence within one year of the date of application.

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, pinapahunayan kong ang provider, empleyado, boluntaryo, o pasyente ng pangangalaga sa reproductive health na kumukumpleto sa aplikasyong ito ay kasalukuyan o dati nang target ng mga banta o pagkilos na nauugnay sa karahasan sa loob ng isang taon mula sa petsa ng aplikasyon.

Name of Reproductive Healthcare Facility:

Pangalan ng Pasilidad sa Pangangalaga sa Reproductive Health:

Facility Phone Number: () -

Numero ng Telepono ng Pasilidad:

Printed Name of Authorized Representative:

Naka-print na Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan:

Job Title:

Tungkulin sa Trabaho:

► Authorized Representative Signature:

Lagda ng Awtorisadong Kinatawan:

Date: / /

Petsa:

CONTINUED ON NEXT PAGE

IPINAGPATULOY SA SUSUNOD NA PAHINA



- ☐ Certified Statement by Reproductive Healthcare employee, patient, or volunteer (Gov. Code §6215.2(a)(1)(B)(ii))

Sertipikadong Pahayag ng empleyado, pasyente, o boluntaryo ng Pangangalaga sa Reproductive Health (Gov. Code §6215.2(a)(1)(B)(ii))

By signing below, I certify that I have been the target of threats or acts of violence or harassment within one year of the date of application because of my association with the reproductive healthcare services facility.

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, pinapatunayan kong target ako ng mga banta o pagkilos na nauugnay sa karahasan o panliligalig sa loob ng isang taon mula sa petsa ng aplikasyondahil sa pagkakaroon ko ng kaugnayan sa pasilidad para sa mga serbiyso sa pangangalaga sa reproductive health.

► Signature: Lagda:	Date: / / Petsa:
------------------------	-----------------------------

- ☐ Workplace Violence Restraining Order Attached (Gov. Code §6215.2(a)(1)(B)(iii))

Nakalakip na Utos sa Pagbabawal ng Karahasan sa Trabaho (Gov. Code §6215.2(a)(1)(B)(iii))

Attached order must be based upon threats or acts of violence connected to the applicant's affiliation with the reproductive healthcare services facility or the minor or incapacitated person on whose behalf the application is made.

Ang nakalakip na utos ay dapat nakabatay sa mga banta o pagkilos na nauugnay sa karahasan na konektado sa kaugnayan ng aplikante sa pasilidad para sa mga serbisyo sa pangangalaga sa reproductive health o ng menor de edad o baldadong tao na ginagawan ng aplikasyon.

SECTION 5: ENROLLING AGENCY INFORMATION

SEKSYON 5: IMPORMASYON NG AHENSYA SA PAGPAPATALA

This section MUST be completed by an application assistant at a designated enrolling agency with an original signature. If this section is left blank the enrollment form will NOT be accepted.

Ang seksyong ito ay DAPAT sagutan ng assistant sa aplikasyon sa isang nakatalagang ahensya sa pagpapatala nang may orihinal na lagda. Kung maiiwang blangko ang seksyon, HINDI tatanggapin ang form ng pagpapatala.

Name of Enrolling Agency: Pangalan ng Ahensya sa Pagpapatala:		County: County:
Address of Enrolling Agency: Address ng Ahensya sa Pagpapatala:		Suite/Unit: Suite/Unit:
City: Lungsod:	State: Estado:	ZIP: ZIP:
Enrolling Agency Phone Number: Numero ng Telepono ng Ahensya sa Pagpapatala:		
Enrolling Agency Email: Email ng Ahensya sa Pagpapatala:		
Name of Application Assistant: Pangalan ng Assistant sa Aplikasyon:		
► Applicant Assistant Signature: Lagda ng Assistant sa Aplikasyon:		Date: / / Petsa:

LAST PAGE
HULING PAHINA