

## **PATALASTAS UKOL SA PABAHAY NG MHSA NA MAAARING APLAYAN**

Marso 1, 2011

Hinihimok ang mga senior na interesado at kwalipikado (62 taong gulang at mas matanda) na mag-apply para sa labing-anim (16) na apartment na itinalaga para sa Mental Health Service Act, mga apartment na may isang silid-tulugan (1 bedroom) at mga apartment na may dalawang silid-tulugan (2 bedroom) sa Fair Oaks Plaza, na nasa 660 South Fair Oaks Avenue, Sunnyvale, CA 94086, dalawang bloke patungong norte mula sa El Camino Real. Itong proyektong ay may pang-komunidad na meeting room na may kusina, labahan, akses sa mga computer, banyo na pampubliko, isang lugar sa labas na pang-picnic at BBQ, sistemang pang-alerto sa pang-emergency na tawag (emergency call alert) - na may singil para magamit, at isang garaheng paradahan na may tarankahan (gate) at bubong. Ang pook nitong proyektong ay nasa loob ng ¼ milya mula sa Sunnyvale Community Center at sa Braly Park.

### **Halaga ng Upa ng MHSA at ng Mga Serbisyon Pampubliko [Utilities]**

Ang upa na babayaran ng nangungupahan ay \$231 bawat buwan para sa apartment na may isang silid-tulugan o \$221 bawat buwan para sa apartment na may dalawang silid-tulugan. Ang nangungupahan ang may responsibilidad sa pagbayad para sa kuryente nila. Ang may-ari ang magbabayad para sa tubig, imburnal at basura. Ang nangungupahan din ang may responsibilidad para sa serbisyo ng telepono at ng cable kung piliin nilang magpakabit nito.

### **RESTRIKSYON SA GULANG**

Ang debelopmentong ito ay nakareserba para sa mga Senior Citizen na itinatagda na 62 taong gulang at mas matanda. Dapat masapatan ng lahat ng mga myembro ng sambahayan ang restriksyon sa gulang 62 na taon at mas matanda.

### **Panukatan (Criteria) Para Maging Kwalipikadong Nangungupahan ng MHSA**

Dapat masapatan ng mga kwalipikadong nangungupahan ang mga rekisitos na binabanggit sa 1-4 sa ibaba.

1. Ang mga indibidwal ay dapat:

a) "May malalang sakit sa isip":

- Mga nakatatandang adulto na mababa ang kita, na may malalang sakit sa isip tulad ng itinatagda sa *California Welfare and Institutions Code 600.3(b)(1)*; at
- Na, sa panahon ng pagtatasa (assessment) para sa mga serbisyon ng pabahay, nasasapatan ang criteria tungkol sa serbisyo ng MHSA sa county na tinitirahan nila.

b) "Homeless" [walang tahanan] - nangangahulugang naninirahan sa mga kalye, o walang permanente, regular, at sapat ng panggaging tirahan. (Kasama dito ang mga shelter, motel

at mga sitwasyo'ng pamumuhay na ang indibidwal ay walang mga karapatan ng nangungupahan.)

- c) O “nasa panganib ng pagiging homeless,” na sumasaklaw sa:
- Mga indibidwal na pinalabas mula sa mga kaligiran na pang-institusyon, kabilang ang mga:
    - Ospital, kasama ang mga ospital na nag-aalaga at gumagamot sa mga taong may malala at di-gumagaling na sakit pang-kaisipan [acute psychiatric hospital], mga pasilidad na sumusuri at gumagamot sa kalusugang pangkaisipan [psychiatric health facilities (PHF)], mga pasilidad na nagkakaloob ng tirahan at pangangalaga sa mga matatanda o may mga sakit na di-gumagaling [skilled nursing facilities (SNF)] na may sertipikadong programa para sa natatanging paggamot [special treatment program (STP)] para sa mga may-sakit sa isip, at mga sentro para sa rehabilitasyong nauukol sa kalusugang pangkaisipan [mental health rehabilitation centers (MHRC)]
    - Mga pang-kraisys (crisis) at pangpanandaliang tirahan na kaligiran [transitional residential settings]
  - Mga indibidwal na pinalabas mula sa mga lokal na bilangguan ng lungsod o county
  - Mga indibidwal na ipinasok nang pansamantala sa mga pasilidad na tirahan habang ginagamot [residential care facilities] pagkatapos na pinalabas mula sa isa sa mga nabanggit sa itaas na mga kaligiran na pang-institusyon
  - Mga indibidwal na ina-assess na tumatanggap na ng mga serbisyo sa departamento ng kalusugang pangkaisipan ng county at na ipinagpapalagay na nasa nagbabalang panganib na magiging homeless, at pinatunayan ng Direktor ng kalusugang pangkaisipan ng county.
2. Ang mga indibidwal ay dapat adultong matanda (62 taong gulang at mas matanda).
3. Ang mga indibidwal na dapat ang taunang kita ng sambahayan ay mas mababa sa \$22,300 (isang tao), \$25,500 (kung 2 tao), \$28,650 (kung 3 tao). Ito ay 30% ng kasalukuyang Area Median Income [Panggitnang Kita sa Lugar] para sa takdang laki ng sambahayan.
4. Dapat masapatan ng mga indibidwal ang isa sa mga sumusunod na rekisitos ng Santa Clara County:
- a) Siya ay sapatang gumagamit (mid-level user) ng mga serbisyo sa mga klinika/kontratadong ahensya; mga kliyenteng malala ang sakit sa isip na hindi nangangailan sa kasalukuyan ng 24-oras na pangangalaga sa loob ng institusyon ngunit hindi kayang mamuhay nang nagsasarili na walang mga serbisyong pang-alalay. Ang mga consumer na ito ay homeless o nasa panganib ng pagiging homeless (ayon sa MHSA Housing Program Application) at na siyang:
- gumagamit ng mga serbisyo para sa pasyenteng di-nakaospital [outpatient] at umaasa sa mga serbisyong ito;
  - may kakayahan, subalit may alalay, na mamahala sa kanilang mga Gawain sa Pang-araw-araw na Pamumuhay at sa mga gamot sa sitwasyo'ng pamumuhay na may kasarinalan; at
  - lubos na limitado ang kita at ipinagpapalagay na patuloy and pagbaba ng kita sa susunod na 12 buwan;
- (Kasama dito ang bagong mga may sakit sa isip (consumer) na dating hindi napaglilingkuran.)
- b) Umalis na sa kaligiran ng 24-oras na pangangalaga at nakapagpakita ng tagumpay o nakompleto nila ang pagtahan sa isang pasilidad ng pangangalaga na transisyonal o



pamahayan [transitional and residential care facility] at maaari nang lumipat sa permanenteng pabahay na may-alalay bilang susunod na hakbang sa kanilang paggaling. **Punahin:** Ang mga tauhan sa klinika o sa kontratadong ahensya ay tutulong sa pagtiyak kung alin sa mga consumer ang nakakasapat sa mga criteria at itukoy ang kandidato sa MHD.

### **Mga Porma Para Mag-apply.**

1. Hinihiling sa mga interesado at kwalipikadong senior na gustong mag-apply na magsumite ng nakalakit na porma (form) para sa MHSA Housing Program Eligibility [Pagiging Karapat-dapat sa Programa ng Pabahay ng MHSA] at ng porma para sa Consent to Release Confidential Health Information [Pahintulot na Magsiwalat ng Kompidensyal na Impormasyon Ukol sa Kalusugan] bago sumapit ang **Abril 27, 2011** kay:

Robert A. Dolci, M.A.  
Homeless Concerns Coordinator  
Santa Clara County Mental Health Department  
650 South Bascom Avenue, Suite A  
San José, CA 95128

Ang mga porma na tinutukoy sa itaas (#1) ay maaaring dalhin o ipadala sa koreo sa address sa itaas o maaaring ipadala sa email kay Mr. Dolci sa: [robert.dolci@hhs.sccgov.org](mailto:robert.dolci@hhs.sccgov.org).

2. Lahat ng interesadong senior na may 62 taong gulang at mas matanda na gustong mag-apply para sa isang unit na itinalaga para sa MHSA o sa anumang iba pang unit ay dapat sumagot sa isang aplikasyon **bago sumapit ang Mayo 4, 2011** para sa isang unit sa sumusunod na address:

915 West El Camino Real  
Sunnyvale, CA 94087

Ang pormang ito na tinutukoy sa itaas (#2) ay dapat dalhin nang personal sa address na pinakita.

### **Mga Tanong**

Para sa karagdagang impormasyon, tawagan si Mr. Dolci sa (408) 793-6451 o si Ms. Kathy Bogges sa (408) 333-9811.



MHD Staff Use Only:

Date Received \_\_\_\_\_

Tenant's Unicare #: \_\_\_\_\_

Date Approved/Denied \_\_\_\_\_

Tenant's Telephone # \_\_\_\_\_

**Santa Clara County Mental Health Department  
MHSA HOUSING PROGRAM**

**Eligibility Form**

(Pormularyo upang Matiyak kung Nararapat Makilahok  
sa Programa sa Pagpapabahay ng MHSA)

PANGALAN: Apelyido \_\_\_\_\_ Una \_\_\_\_\_

Petsa ng Kapanganakan \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_

Tagalaan ng Serbisyo \_\_\_\_\_ RU# ng Tagalaan \_\_\_\_\_

Tagapamahala ng Kaso \_\_\_\_\_

Grupo ng Edad:  0-15  16-25  26-59  60+

Orihen Etniko:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aprikano Amerikano                           | <input type="checkbox"/> Intsik                       | <input type="checkbox"/> Mehikano/Mehikano<br>Amerikano |
| <input type="checkbox"/> Imigranteng Aprikano                         | <input type="checkbox"/> Pilipino                     | <input type="checkbox"/> Ibang Latino                   |
| <input type="checkbox"/> Katutubong Amerikano<br>o Katutubo ng Alaska | <input type="checkbox"/> Biyetnamo                    | <input type="checkbox"/> Silangang Yuropeo              |
| <input type="checkbox"/> Kaukaso                                      | <input type="checkbox"/> Indyo Asyano                 | <input type="checkbox"/> Iba: _____                     |
| <input type="checkbox"/> Persiyano/Iranyano                           | <input type="checkbox"/> Kambodyo                     |   |
| <input type="checkbox"/> Ruso   | <input type="checkbox"/> Ibang Asian/Pacific Islander |   |

Kayo ba ay:

Walang bahay?

Mayroon ba kayong:

Kawalang-lakas sa katawan  
(physical disability)?

Nasa panganib na mawawalan ng bahay?

Karamdamang nagbibigay-katwiran sa  
espesyal na tulong?

Mas Gustong Wika sa Paggamot:

Ingles  Kastila  Biyetnamo  Tagalog  Intsik  Iba: \_\_\_\_\_

Ano ang inyong pangunahing pinagkukunan ng kita?

Trabaho  Heneral na Tulong  Unemployment  SSI  SSDI  SSA  
Iba \_\_\_\_\_

Kabuuang kita bawat buwan \_\_\_\_\_ Taunang kita \_\_\_\_\_

Mayroon ba kayong rep payee services? Oo Hindi Kayo ba ay "conserved"? Oo Hindi

Saan kayo naninirahan sa kasalukuyan? \_\_\_\_\_

Kasalukuyang address para sa koreo \_\_\_\_\_

Kayo ba ay pinalayas sa bahay kahit kailan?    Oo            Hindi

Puna: \_\_\_\_\_

Sino ang inyong pangunahing tagapagtustos? \_\_\_\_\_

Ang telepono ng taong iyon ay: \_\_\_\_\_

Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay ko ay totoo at nauunawaan ko na kung nagpalsipika ako ng impormasyon, magiging hindi nararapat ako para sa Programa sa Pagpapabahay ng MHSA.

Lagda \_\_\_\_\_  
Umaasang Nangungupahan

Petsa \_\_\_\_\_

Lagda \_\_\_\_\_  
Kawani ng Tagalaan ng Serbisyo

Petsa \_\_\_\_\_

Ang impormasyon tungkol sa lahi, bansang pinanggalingan (national origin), at kasarian na hiningi sa kahilingan, o application, na ito ay hinihiling upang matiyak ng Pamahalaang Pambansa ang pagtalima sa mga Pambansang Batas na nagbabawal sa diskriminasyon ng mga aplikante sa pangungupa, batay sa lahi, kulay, bansang pinanggalingan, relihiyon, kasarian, kung may anak o hindi (familial status), edad, at kawalang-kaya (handicap). Hindi ninyo kailangang ibigay ang impormasyong ito, subalit kayo ay hinihikayat na gawin ito. Ang impormasyong ito ay hindi gagamitin sa pagtasa ng inyong application o upang tangiin kayo sa anumang paraan. Subalit, kung papasyahin ninyong hindi ibigay ito, kakailanganing ilista ng may-ari ang lahi o bansang pinanggalingan at kasarian ng mga indibiduwal na aplikante batay sa obserbasyon o apelyido.

CONSENT TO RELEASE CONFIDENTIAL HEALTH INFORMATION

Client's Name: _____	DOB: _____
----------------------	------------

I, (Name of Client) \_\_\_\_\_ and / or \_\_\_\_\_

(Parent/Legal Guardian/Conservator) \_\_\_\_\_ authorize \_\_\_\_\_

(Releasing Agency) \_\_\_\_\_ to disclose to \_\_\_\_\_

(Receiving Agency/Person) \_\_\_\_\_ (Address) \_\_\_\_\_

the following information with the knowledge such release discloses the fact that the named person has received mental health services.

The disclosure shall be limited to the following specific information *(Nature and amount of information to be disclosed; as limited as possible to accomplish the stated purpose or intended use)*:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnosis  | <input type="checkbox"/> Results of psychological and vocational tests   |
| <input type="checkbox"/> Summary of psychological and psychiatric history           | <input type="checkbox"/> Legal Status  |
| <input type="checkbox"/> Medical information including the results of medical tests | <input type="checkbox"/> Educational assessment and behavioral reports<br>(including school observation and educational testing) |
| <input type="checkbox"/> Other: _____   |  |

This disclosure of the above-mentioned specific mental health information is required for evaluation, treatment or for the following purpose (indicate as specific as possible, the purpose and use of the disclosure):

\_\_\_\_\_

I understand that: 1) My mental health records are protected under the California Welfare and Institutions Code (WIC) and the federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) of 1996, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provide for by the regulations. The exceptions are set forth in the *Notice of Privacy Practices*; 2) I may revoke my consent by providing a written notice withdrawing my consent; and 3) If the program has already disclosed information in reliance on my consent, the program is not required to try to retrieve that information.

If not earlier revoked, this consent shall automatically terminate and expire on or as follows *(Specify the date, event or condition, upon which this consent expires)*: \_\_\_\_\_

Client's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian/Conservator's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

I certify that I have reviewed with the client or with his/her representative this Consent to release Confidential Health Information:

- I find that the client has the capacity to give informed consent or the client's representative has the legal authority to act for the client. I hereby authorize the release of the requested information.
- I find that the client does not have the capacity to give informed consent or the client's representative does not have or is not clear if he/she has the legal authority to act for the client. I hereby do not authorize the release of the requested information.

Signature of Authorized Staff \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_