

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਮਿਤੀ  
ਤੱਕ ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ ਤਾਂ  
ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ Medi-Cal  
ਗਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ

## Medi-Cal ਰਿਨਿਊਵਲ ਫਾਰਮ

ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਦੂਸਰੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਲੋੜ ਮੁਤਾਬਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ।  
ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੇ ਲਈ ਕਾਲ ਕਰੋ:

ਨੋਟਿਸ ਮਿਤੀ

ਕੇਸ ਨੰਬਰ

ਕੇਸ ਦਾ ਨਾਮ

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ

ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ

## ਇਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਲਾਭ ਰਿਨਿਊ ਕਰਨ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹੈ

ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ

ਘਰੇਲੂ ਸਦੱਸ ਜੋ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ Medi-Cal ਦੇ ਲਈ ਅਲੱਗ ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗਾ।

- **ਕਦਮ 1.** ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿਓ
- **ਕਦਮ 2.** ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਪੰਨੇ ਉੱਤੇ ਮਿਤੀ ਸਮੇਤ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ
- **ਕਦਮ 3.** ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪਰੂਫ ਸਮੇਤ ਨਿਰਧਾਰਤ ਮਿਤੀ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਭੇਜੋ

### ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਪਰੂਫ ਭੇਜਣ ਦੇ ਆਸਾਨ ਤਰੀਕੇ



ਆਨਲਾਈਨ

ਜਾਂ [coveredca.com](https://coveredca.com) ਵਿਖੇ



ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ

ਇਸ ਪੱਤਰ ਨਾਲ ਮਿਲੇ  
ਲਿਫਾਫੇ ਰਾਹੀਂ



ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ

ਵਿਖੇ



ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ

ਵੱਲ  
ਵਿਖੇ

ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਤੱਕ  
ਖੁੱਲ੍ਹਾ,  
to a.m.  
p.m.



ਸਵਾਲ? ਆਪਣੇ ਲੋਕਲ ਕਾਊਂਟੀ ਦਫਤਰ ਵਿਖੇ, ਆਖਰੀ ਮਿਤੀ  
ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

# ਤੁਹਾਡੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

## ↓ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ

ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਸਹੀ ਹੈ ਤਾਂ ਪੰਨਾ ਨੰ. 3 ਤੇ ਜਾਓ

## ↓ ਨਵੀਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਜੋੜੋ

ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਸਿਰਫ ਨਵੀਂ ਜਾ ਬਦਲੀ ਹੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਨਾਮ [prepopulate]	ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)		
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ [prepopulate]	ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ	ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ#	
	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜਿਪ ਕੋਡ
ਡਾਕ ਪਤਾ [prepopulate]	ਡਾਕ ਪਤਾ ( ਜੇਕਰ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਤੋਂ ਅਲੱਗ ਹੈ ਤਾਂ ਜਾਂ ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ)		
	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜਿਪ ਕੋਡ
ਫੋਨ ਨੰ. [prepopulate]	ਫੋਨ ਘਰ _____ - _____ - _____	ਸੈਲ _____ - _____ - _____	ਕੰਮ _____ - _____ - _____
		ਕੋਈ ਹੋਰ _____ - _____ - _____	
ਈਮੇਲ [prepopulate]	ਈਮੇਲ (ਜਰੂਰੀ ਨਹੀਂ)		
ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਿਖਣ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ [prepopulate]	ਕਿਸ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੱਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੋਗੇ -		
ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਿਖਣ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ [prepopulate]	ਕਿਸ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੋਗੇ -		
	ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਬਿਹਤਰੀਨ ਸਾਧਨ		
	<input type="checkbox"/> ਈਮੇਲ <input type="checkbox"/> ਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਮੇਲ		

## ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

ਆਪਣੇ ਲੋਕਲ ਕਾਊਂਟੀ ਦਫਤਰ ਵਿਖੇ [1-800-XXX-XXXX (TTY: 1-888-XXX-XXXX)] ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ -

- ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਵਜੋਂ ਕਿਸੇ ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਸਦੱਸ, ਮਿੱਤਰ, ਕੇਅਰਟੇਕਰ, ਅਟਾਰਨੀ ਜਾਂ ਵਕੀਲ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ Medi-Cal ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਦਾਖਿਲੇ ਲਈ ਨਾਲ ਜਾਣ, ਸਾਬ ਦੇਣ, ਤੁਹਾਡੀ ਪਰਤੀਨਿਧਤਾ ਲਈ ਚੁਣਨਾ
- ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਵਾਸਤੇ



ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਖੰਡ ਵਿੱਚ ਸਦੱਸ ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋੜਨਾ ਚਾਹੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇੱਕ ਅਲੱਗ ਕਾਰਗਜ਼ ਉੱਤੇ ਲਿਖੋ ( ਜਾਂ ਪੇਜ ਦੀ ਫੋਟੋਕਾਪੀ ਕਰੋ) ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਭੇਜੋ।

## ਘਰੇਲੂ ਸਦੱਸ

ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਦੇ ਹਰ ਸਦੱਸ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ –

- ਤੁਹਾਡਾ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਪਾਰਟਨਰ
- ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ
- ਉਹ ਸਾਰੇ ਮਾਪੇ ਜੋ ਘਰ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫਾਈਲ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਫੈਡਰਲ ਇਨਕਮ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ “ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ। ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੈਕਸ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਵਿੱਚ ਡਿਪੈਂਡੈਂਟ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਟੈਕਸ ਫਿਲਿੰਗ ਘਰ ਦੇ ਹਰ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲੇਮ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਿਕ ਸਦੱਸ ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਸਦੱਸਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਰਵਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਈਲ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ। (ਜਿਵੇਂ ਕਿ – ਬੁਆਏ ਫਰੈਂਡ, ਗਰਲਫਰੈਂਡ ਜਾਂ ਰੂਮਮੇਟ)

## ਆਪਣੇ ਘਰੇਲੂ ਸਦੱਸਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।

ਨਾਮ	ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਪਤਾ	ਕੀ ਇਹ ਸਹੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਖੰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ।
			<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
			<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
			<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ ਤੱਕ ਜਾਰੀ»

## ਨਵੇਂ ਘਰੇਲੂ ਸਦੱਸ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜੋੜੋ ਜਾਂ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ।

ਆਪਣੇ ਘਰਬਾਰ ਵਿੱਚ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ ਹੋਏ ਬਦਲਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।

ਜਿਵੇਂ ਕਿ, ਕਿਸੇ ਘਰੇਲੂ ਸਦੱਸ ਦਾ ਵਿਆਹ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਬੱਚਾ ਹੋਇਆ ਹੋਵੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਬਾਹਰ ਤਬਦੀਲ ਹੋ ਗਿਆ, ਕੈਦ ਵਿੱਚ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਮੌਤ ਹੋਈ ਹੋਵੇ।

ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ	ਕੀ ਬਦਲਾਵ ਆਇਆ ਹੈ
1.		
2.		
3.		

# ਟੈਕਸ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪ੍ਰਾਈਮਰੀ ਕਰਦਾਤਾ ਉਹ ਸਦੱਸ ਹੈ ਜੋ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਜਾਂ ਇਸ ਸੂਚੀ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਵਿੱਚ ਹੈ।

## ਆਪਣੀ ਟੈਕਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ

ਨਾਮ	ਕੀ ਇਹ ਸਦੱਸ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚ ਰਿਹਾ ਹੈ?	ਕੀ ਇਹ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ?	ਇਸ ਸਦੱਸ ਦਾ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਿੰਗ ਸਟੇਟਸ ਕੀ ਹੈ?	ਕੀ ਇਹ ਸਹੀ ਹੈ, ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਖੰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ।
ਪ੍ਰਾਈਮਰੀ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਰ				<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
				<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

## ਆਪਣੀ ਨਵੀਂ ਟੈਕਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਜੋੜੋ।

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਾਈਮਰੀ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਰ ਬਦਲਿਆ ਹੈ? (ਇਹ ਉਹ ਸਦੱਸ ਹੈ ਜੋ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀ ਉੱਤੇ ਪਹਿਲੇ ਨੰ. 3 ਹੈ)

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ, ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਾਈਮਰੀ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਰ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਕੀ ਇਹ ਸਦੱਸ ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਸੋਚ ਰਿਹਾ ਹੈ?	ਕੀ ਇਸ ਸਦੱਸ ਨੂੰ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?	ਇਸ ਸਦੱਸ ਦਾ ਟੈਕਸ ਫਾਈਲਿੰਗ ਸਟੇਟਸ ਕੀ ਹੈ?
1.	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਵਿਵਾਹਿਤ, ਸੰਯੁਕਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਫਾਈਲ ਕਰ ਰਹੇ _____ <input type="checkbox"/> ਵਿਵਾਹਿਤ, ਅਲੱਗ ਅਲੱਗ ਫਾਈਲ ਕਰ ਰਹੇ <input type="checkbox"/> ਸਿੰਗਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ ਦਾ ਮੁੱਖੀ <input type="checkbox"/> ਨਿਰਭਰ ਦੁਆਰਾ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤਾ _____ <input type="checkbox"/> ਗੈਰ ਕਰ ਦਾਤਾ
2.	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	<input type="checkbox"/> ਵਿਵਾਹਿਤ, ਸੰਯੁਕਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਫਾਈਲ ਕਰ ਰਹੇ _____ <input type="checkbox"/> ਵਿਵਾਹਿਤ, ਅਲੱਗ ਅਲੱਗ ਫਾਈਲ ਕਰ ਰਹੇ <input type="checkbox"/> ਸਿੰਗਲ <input type="checkbox"/> ਘਰ ਦਾ ਮੁੱਖੀ <input type="checkbox"/> ਨਿਰਭਰ ਦੁਆਰਾ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤਾ _____ <input type="checkbox"/> ਗੈਰ ਕਰ ਦਾਤਾ

# ਆਮਦਨ

ਆਮਦਨ ਉਹ ਪੈਸੇ ਹਨ ਜੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੌਕਰੀ, ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ Social Security ਜਾਂ ਪੈਨਸ਼ਨ ਵਜੋਂ ਮਿਲਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੌਜੂਦਾ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਪਰੂਫ ਨਾਲ ਲਗਾਉਣੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ –

- ਹਾਲ ਦੇ ਪੇਅ ਸਟੱਬ
- ਬੈਨਿਫਿਟ ਜਾਂ ਅਵਾਰਡ ਪੱਤਰ
- ਪਿੱਛਲੇ ਸਾਲ ਦੀ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ

## ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ

ਨਾਮ	ਆਮਦਨੀ ਦਾ ਸਰੋਤ	ਟੈਕਸ ਜਾਂ ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਮਦਨੀ (ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸੇਬਲ ਆਮਦਨੀ)	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ (ਸਾਲਾਨਾ, ਮਹੀਨਾਵਾਰ, 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 2 ਵਾਰ, ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ, ਜਾਂ ਹਰ ਘੰਟੇ)	ਕਿ ਇਹ ਸਹੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ, ਅਗਲੇ ਖੰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓ, ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਆਮਦਨ ਨੂੰ ਪੁਰਾਪੁਤ ਕਰਨ ਦੀ ਆਖਰੀ ਮਿਤੀ ਦੱਸੋ। ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੇਠਾਂ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਜੋੜੋ।
		\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ____ / ____ / ____
		\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ____ / ____ / ____

ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ ਤੱਕ ਜਾਰੀ »

## ਨਵੀਂ ਆਮਦਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਜੋੜੋ।

ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਿਸਮ ਦੀਆਂ ਆਮਦਨੀਆਂ ਦੀ ਉਦਾਹਰਣ

- ਨੌਕਰੀ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ
- ਸਵੈ-ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਤੋਂ ਆਮਦਨੀ
- Social Security ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ, ਸਰਵਾਈਵਰ ਜਾਂ ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ ਸਹਾਇਤਾ
- ਬੇਰੋਜ਼ਗਾਰੀ ਭੱਤਾ
- ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਸਹਾਇਤਾ- ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਤਲਾਕ ਜਾਂ ਅਲੱਗ ਹੋਣ ਦੇ ਇਕਰਾਰਨਾਮੇ ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਨਵੀਂ ਮਿਤੀ ਜਾਂ ਬਦਲਾਵ ਮਿਤੀ ਭਰੋ (ਮਹੀਨਾ/ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਇਸ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਰੋਤ ਕੀ ਹੈ?	ਟੈਕਸ ਜਾਂ ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀ ਆਮਦਨੀ (ਫੈਡਰਲ ਟੈਕਸੇਬਲ ਆਮਦਨੀ)	ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ, ਦਿਨ, ਸਾਲ)	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ (ਸਾਲਾਨਾ, ਮਹੀਨਾਵਾਰ, 2 ਹਫ਼ਤਿਆਂ ਬਾਅਦ, ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ 2 ਵਾਰ, ਹਫ਼ਤਾਵਾਰ, ਰੋਜ਼ਾਨਾ, ਜਾਂ ਹਰ ਘੰਟੇ)	ਕੀ ਇਹ ਆਮਦਨੀ ਜਾਰੀ ਰਹੇਗੀ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ, ਉਹ ਅੰਤਿਮ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ ਜਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਮਿਲੇਗੀ।
1.		\$			<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ____ / ____ / ____
2.		\$			<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ____ / ____ / ____
3.		\$			<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ____ / ____ / ____

## ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਬਦਲਦੀ ਹੈ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਦੱਸੋ। ਇਹ ਸਹੀ ਸਾਲਾਨਾ ਆਮਦਨ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਲਗਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ।

ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਤੁਹਾਡੀ ਅਗਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਕਿੰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ?
1.	\$
2.	\$

# ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ

ਆਪਣੇ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਦੱਸਣ ਨਾਲ Medi-Cal ਜਿਸ ਆਧਾਰ ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਪਰਖਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਆਮਦਨੀ ਘੱਟ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਖਰਚਿਆਂ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਸਬੂਤ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਕਰਨੇ ਹੋਣਗੇ। ਜਿਵੇਂ ਕਿ :

- ਪਰਿਫਿਟ ਅਤੇ ਲੌਸ ਸਟੇਟਮੈਂਟ
- ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ

## ਆਪਣੇ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।

ਨਾਮ	ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਰਕਮ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ? (ਮਹੀਨਾਵਾਰ, ਤਿਮਾਹੀ, ਸਾਲਾਨਾ)	ਕੀ ਇਹ ਸਹੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ, ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਜੋੜੋ।
		\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
		\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

## ਨਵੇਂ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਨੂੰ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਜੋੜੋ।

ਆਮ ਕਿਸਮ ਦੇ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ

- ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਖਰਚੇ
- ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲੋਨ ਵਿਆਜ
- IRA ਦੇ ਯੋਗਦਾਨ
- ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਭੱਤਾ: ਇੱਥੇ ਤੁਹਾਡੇ ਤਲਾਕ ਜਾਂ ਵੱਖ ਹੋਣ ਦੇ ਸਮਝੌਤੇ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ਦੀ ਸਭ ਤੋਂ ਤਾਜ਼ੀ ਤਾਰੀਖ ਜਾਂ ਸੇਧ ਮਿਤੀ ਨੂੰ ਭਰੋ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਕਟੌਤੀਆਂ ਦੀ ਕਿਸਮ	ਰਕਮ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ? (ਸਾਲਾਨਾ, ਤਿਮਾਹੀ, ਸਾਲਾਨਾ)
1.		\$	
2.		\$	



# Medicare ਕਵਰੇਜ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਪੱਕਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿ Medicare ਦੇ ਕਿੰਨੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਦਾਖਿਲ ਹੋ ਤਾਂ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ਵਿਖੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## ਆਪਣੀ Medicare ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।

ਨਾਮ	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਿਸ਼ਤ ਭਾਗ A (ਇਨ ਪੇਸ਼ੀਏਂਟ ਹਸਪਤਾਲ)	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਿਸ਼ਤ ਭਾਗ B (ਆਊਟ ਪੇਸ਼ੀਏਂਟ ਡਾਕਟਰੀ)	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਿਸ਼ਤ ਭਾਗ C (Medicare ਐਡਵਾਂਟੇਜ)	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਿਸ਼ਤ ਭਾਗ D (ਫਾਰਮੇਸੀ)	ਕੀ ਇਹ ਸਹੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਖੰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ, ਹੇਠਾਂ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ।
					<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
					<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

## ਨਵੀਂ Medicare ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅਪਡੇਟ ਜਾਂ ਜੋੜੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ Medicare ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਲਈ ਜਾਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਲਈ ਕਿਸ਼ਤ ਭਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।

ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	Medicare ਨੰਬਰ	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਿਸ਼ਤ ਭਾਗ A (ਇਨ ਪੇਸ਼ੀਏਂਟ ਹਸਪਤਾਲ)	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਿਸ਼ਤ ਭਾਗ B (ਆਊਟ ਪੇਸ਼ੀਏਂਟ ਡਾਕਟਰੀ)	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਿਸ਼ਤ ਭਾਗ C (Medicare ਐਡਵਾਂਟੇਜ)	ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਿਸ਼ਤ ਭਾਗ D (ਫਾਰਮੇਸੀ)
1.		\$	\$	\$	\$
2.		\$	\$	\$	\$

# ਲਾਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ

ਲਾਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਸੇਵਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਉਸ ਵੇਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਨਿਜੀ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਨ ਲਈ ਬਣਾਈ ਗਈ ਹੈ ਜਦ ਉਹ ਲੰਬੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਆਪਣਾ ਖਿਆਲ ਨਹੀਂ ਰੱਖ ਸਕਦੇ। ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

- ਸਕਿਲਡ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ
- ਅਸਿਸਟਡ ਲਿਵਿੰਗ ਹੋਮ
- ਹੋਸਪਿਸ

## ਆਪਣੀ ਲਾਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।

ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਤਹਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ	ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾ ਦਾ ਨਾਮ	ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾ ਦਾ ਪਤਾ	ਕੀ ਇਹ ਸਹੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਖੰਡ ਵਿੱਚ ਜਾਓ। ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ।
			<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
			<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

## ਨਵੀਂ ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ ਜਾਂ ਜੋੜੋ।

ਵਿਅਕਤੀ 1		
ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਤਹਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਦਾਖਿਲੇ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ____/____/____	ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ____/____/____
ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾ ਦਾ ਨਾਮ	ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾ ਦਾ ਪਤਾ	
ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦਾ ਪਤਾ ਅਲੱਗ ਹੈ	

ਵਿਅਕਤੀ 2		
ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਤਹਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਦਾਖਿਲੇ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ____/____/____	ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ____/____/____
ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾ ਦਾ ਨਾਮ	ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾ ਦਾ ਪਤਾ	
ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦਾ ਪਤਾ ਅਲੱਗ ਹੈ	

# ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ

ਸਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੈ ਜੋ ਕਿ Medi-Cal ਜਾਂ Medicare ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ Covered California ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਨੌਕਰੀ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਖੰਡ ਨੂੰ ਛੱਡ ਦਿਓ ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਖੰਡ ਤੇ ਜਾਓ।

## ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੋ।

ਨਾਮ	ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ	ਬੀਮਾ ਦੀ ਕਿਸਮ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਿਹਤ, ਡੈਂਟਲ, ਨਜ਼ਰ, ਫਾਰਮੇਸੀ)	ਪਰੀਮਿਅਮ ਰਕਮ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਅਦਾ ਕਰਦੇ ਹੋ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ (ਮਹੀਨਾਵਾਰ, ਤਿਮਾਹੀ, ਸਾਲਾਨਾ)	ਕੀ ਇਹ ਸਹੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਅਗਲੇ ਖੰਡ ਤੇ ਜਾਓ, ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ।
			\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
			\$		<input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ

## ਨਵੀਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅਪਡੇਟ ਕਰੋ।

ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ	ਬੀਮਾ ਕਿਸਮ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਿਹਤ, ਡੈਂਟਲ, ਨਜ਼ਰ, ਫਾਰਮੇਸੀ)	ਪਰੀਮਿਅਮ ਰਕਮ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਅਦਾ ਕਰਦੇ ਹੋ	ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ (ਮਹੀਨਾਵਾਰ, ਤਿਮਾਹੀ, ਸਾਲਾਨਾ)
1.			\$	
2.			\$	

# ਘਰ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਵ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਵਿੱਚ ਹਾਂ ਦਾ ਉੱਤਰ ਦਿੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।

## Medi-Cal

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਜੋ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਪਲਾਈ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ

ਨਾਮ ( ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	Social Security ਨੰਬਰ, ਜੇਕਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਹੈ ਤਾਂ, ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਜੋ Medi-Cal ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ  _____ - _____ - _____
----------------------------	-----------------------------	--

## ਗਰਭਵਤੀ

ਕੀ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ।

ਨਾਮ ( ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਜਨਮ ਦੇਣ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਕਿੰਨੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ?
	___ / ___ / ___	

## ਸਾਬਕਾ ਪਾਲਣ ਪੋਸ਼ਣ ਵਾਲੇ ਜਵਾਨ

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ 18 ਤੋਂ 26 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਵਿੱਚਕਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਉਹ ਆਪਣੇ 18ਵੇਂ ਜਨਮਦਿਨ ਤੇ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਪਾਲਣ ਪੋਸ਼ਣ ਵਿੱਚ ਸਨ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਭਰੋ।

ਨਾਮ ( ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਸਟੇਟ (ਉਦਾਹਰਣ: California)
----------------------------	---------------------------

## ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ (ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਰਫ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹੈ)

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੈ ਜਿਸ ਕੋਲ ਹੁਣ Medi-Cal ਹੈ ਨੇ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਕੀਤੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਭਰੋ।

ਨਾਮ ( ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਨਵਾਂ ਸਟੇਟਸ ਨੰਬਰ
----------------------------	-----------------

## ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਦੀ ਸ਼ਰੀਰਕ, ਮਾਨਸਿਕ, ਭਾਵਨਾਤਮਕ ਜਾਂ ਵਿਕਾਸ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਹੇਠਾਂ ਭਰੋ।

ਨਾਮ ( ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)	ਕੀ ਇਹ ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ ਸੱਟ ਕਾਰਣ ਹੋਈ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ
----------------------------	--

## ਵਿਦਿਆਰਥੀ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ 19 ਜਾਂ 20 ਸਾਲਾਂ ਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇੱਕ ਪੂਰੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਹੇਠਾਂ ਭਰੋ।

ਨਾਮ ( ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)

## Medicare

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਕੋਲ Medicare ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਭਰੋ।

ਨਾਮ ( ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)

Medicare ਨੰਬਰ

ਮਾਸਿਕ ਪਰੀਮੀਅਮ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਅਦਾ ਕਰਦੇ ਹੋ

\$

## ਲੌਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਲੌਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਤਹਿਤ ਹੈ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਭਰੋ।

ਲੌਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਤਹਿਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ  
(ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)

ਦਾਖਿਲੇ ਦੀ ਮਿਤੀ  
(ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)

ਛੁੱਟੀ ਦੀ ਮਿਤੀ  
(ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ਲੌਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾ ਦਾ ਨਾਮ

ਲੌਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਸੇਵਾ ਦਾ ਪਤਾ

ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦਾ ਨਾਮ  
(ਪਹਿਲਾ, ਵਿੱਚਲਾ, ਆਖਰੀ)

ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰਡ ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ ਦਾ ਪਤਾ ਅਲੱਗ ਹੈ

## ਕਾਊਂਟੀ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਸਾਡੀ ਰਿਪੋਰਟ ਮੁਤਾਬਿਕ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਫਿਲਹਾਲ ਜੇਲ ਵਿੱਚ ਹੈ।

ਨਾਮ

ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਜੇਲ ਵਿੱਚ ਹੈ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਰਿਹਾਈ ਦੀ ਮਿਤੀ ਭਰੋ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ਸਾਡੀ ਰਿਪੋਰਟ ਮੁਤਾਬਿਕ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਚੁਕੀ ਹੈ।

ਨਾਮ

ਕੀ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਮੌਤ ਹੋ ਚੁਕੀ ਹੈ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

# ਸਿਹਤ ਪਰੋਗਰਾਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਰੈਫਰਲ

ਇਹ ਖੰਡ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਉੱਤਰ ਨਹੀਂ ਵੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਪਰ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤਰਾਂ ਨਾਲ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਸੇਵਾਵਾਂ ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

1. ਕੀ ਤੁਸੀਂ 21 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ (Child Health and Disability Prevention Program, CHDP) ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਹਿਤ ਮੁਫਤ ਸਿਹਤ ਪਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣਾ ਚਾਹੋਗੇ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

2. ਕੀ ਤੁਸੀਂ 5 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਅਤੇ ਗਰਭਵਤੀ ਅਤੇ ਸਤਨਪਾਨ ਕਰਵਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਲਈ (Women, Infants, and Children Program, WIC ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਦੇ ਤਹਿਤ ਮੁਫਤ ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਫੂਡ ਪਰੋਗਰਾਮ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

3. ਕੀ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ ਕਿਡਨੀ ਡਾਇਲਿਸਿਸ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪਰਾਪਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ: \_\_\_\_\_

4. ਕੀ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਕੋਈ ਸਦੱਸ ਪਿੱਛਲੇ 2 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਅੰਗ ਬਦਲੀ ਕਰਵਾ ਚੁੱਕਾ ਹੈ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ: \_\_\_\_\_

5. ਕੀ ਤੁਸੀਂ Personal Care Services Program, ਬੁੱਢੇ, ਅੰਨੇ ਜਾਂ ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਇੱਕ ਘਰ ਅੰਦਰ ਦੇਖਭਾਲ ਪਰੋਗਰਾਮ (In-Home Supportive Services) ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

6. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਲੌਂਗ ਟਰਮ ਕੇਅਰ ਜਾਂ ਹੋਮ ਅਤੇ ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਅਧਾਰਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੌਣ: \_\_\_\_\_

# ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ

- ਮੈਂ California ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਤਹਿਤ ਝੂਠੇ ਜੁਰਮਾਨੇ ਦੇ ਤਹਿਤ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਬੋਲਣ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਉਹ ਸਹੀ ਅਤੇ ਦਰੁਸਤ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ ਤੇ ਸਾਰੇ ਪਰਸ਼ਨਾਂ ਨੂੰ ਸਮਝ ਗਿਆ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜਿੱਥੇ ਤੱਕ ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਹੀ ਅਤੇ ਦਰੁਸਤ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤੇ ਹਨ। ਜਿੱਥੇ ਮੈਨੂੰ ਖੁਦ ਜਵਾਬ ਦਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਸੀ, ਮੈਂ ਉੱਤਰ ਜਾਣਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਜਵਾਬ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਦੀ ਹਰ ਵਾਜ਼ਬ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪੰਨਿਆਂ 'ਤੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਕਥਨ, ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਿਆ ਜਾਂ ਸੁਣਿਆ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ ਤੇ ਸੱਚਾਈ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦਾ, ਤਾਂ ਝੂਠ ਬੋਲਣ ਲਈ ਇੱਕ ਸਿਵਿਲ ਜਾਂ ਅਪਰਾਧਿਕ ਜੁਰਮਾਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਚਾਰ ਸਾਲ ਦੀ ਵੀ ਕੈਦ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। (California Penal Code section 126 ਦੇਖੋ)। ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ ਕਿ ਜੇ ਲੋਕ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹਨ ਉਹ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਫੈਡਰਲ ਅਤੇ California ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ Covered California ਰੱਖੇਗੀ।
- ਜੇਕਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਬਿਨੈ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਆਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀ ਦੇ 10 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ। ਜੇ ਮੇਰੇ ਕੋਲ Covered California, ਦੁਆਰਾ ਬੀਮਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅੰਦਰ ਕਿਸੇ ਤਬਦੀਲੀ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।

## ਹੇਠਾਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ।

ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਲਾਭਪਾਤਰੀ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁੰਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ	ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)
▶	

ਮੌਜੂਦਾ ਸਬੂਤਾਂ ਅਤੇ ਫਾਲਤੂ ਪੰਨਿਆਂ ਦੀਆਂ ਅਤਿਰਿਕਤ ਕਾਪੀਆਂ ਨੂੰ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰਨਾ ਨਾ ਭੁੱਲੋ

# ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਰੱਖੋ

ਇਨ੍ਹਾਂ ਪੰਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਕਥਨ, ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ, ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵਤ ਨੀਤੀ, ਅਤੇ ਵਿਤਕਰੇ ਸੰਬੰਧੀ ਸਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

## ਪਰਾਈਵੇਸੀ ਬਿਆਨ

ਇਹ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ Department of Health Care Services (DHCS) ਦੁਆਰਾ Medi-Cal ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਰਿਨਿਊ ਕਰਨ ਅਤੇ Covered California ਦੁਆਰਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ 'ਤੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਨਿਜੀ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿਜੀ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਹੈ। ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ ਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਪਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ DHCS ਜਾਂ Covered California ਨੂੰ ਇਸਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ।

ਅਸੀਂ ਕਾਨੂੰਨ ਤਹਿਤ ਲੋੜ ਪੈਣ ਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੂਜੇ ਰਾਜ, ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਠੇਕੇਦਾਰਾਂ, ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਪਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨਾਲ ਸਿਰਫ਼ ਇਕ ਯੋਜਨਾ ਜਾਂ ਪਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਪਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ, ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ ਹੋਰ ਰਾਜਾਂ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਾਂਗੇ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਜ਼ਰੂਰ ਦੇਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ “ਵਿਕਲਪਿਕ” ਮਾਰਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਿਰਦੇਸ਼ਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਗੁੰਮ ਰਹੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੁਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਾਂਗੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਰਿਨਿਊਅਲ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਾਂਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਵੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ Covered California ਦੁਆਰਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪੁਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੇ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਰਿਨਿਊਅਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੇਖਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਜੇ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਵਿੱਚ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਵੇਂ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵੱਡਾ ਪਿਰੰਟ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪਵੇ ਤਾਂ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਜਾਂ Covered California ਦੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਵੇਖਣ ਲਈ, ਪਰਾਈਵੇਸੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:

### The Department of Health Care Services

Attn: Information Protection Unit  
P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA 95899-7413  
ਫੋਨ: 1-866-866-0602  
TTY: 1-877-735-2929

### Covered California

Attn: Privacy Officer  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA 95798-9725  
ਫੋਨ: 1-800-300-1506  
TTY: 1-888-889-4500

DHCS 45 C.F.R. Parts 160 and 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9, ਅਤੇ ਹੋਰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਟੋਰੇਜ, ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੇਗਾ।

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) and 100503(a).

ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਪਰਾਈਵੇਸੀ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦੇ ਨੋਟਿਸ [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) ਤੇ ਅਤੇ Covered California ਲਈ [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) ਤੇ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।



## ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਜਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

- ਜਿੱਥੋਂ ਤੱਕ ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ, ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਵੀ ਮੈਂ ਇਸ ਰਿਨਿਊ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਹੈ ਸੱਚ ਹੈ। ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਂ ਸੱਚ ਨਹੀਂ ਦੱਸਦਾ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਜੁਰਮਾਨਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ / ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਰਫ ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ ਕਿ ਕੀ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਉਹ ਸਦੱਸ ਜੋ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੇ ਰਿਨਿਊਅਲ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹਨ ਯੋਗ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ Covered California ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖੇਗਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਜਾਂ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ Covered California ਦੁਆਰਾ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਲਈ, ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਜਾਂ ਮੈਂ Covered California ਦੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਫਸਰ ਨਾਲ **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ / ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਨ ਲਈ, ਮੈਨੂੰ ਹੋਰ ਆਮਦਨੀ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਪਏਗੀ ਜਿਸ ਦੇ ਲਈ ਮੈਂ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਕੋਈ ਮੈਂਬਰ ਹੱਕਦਾਰ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਸ ਕੋਲ ਅਜਿਹਾ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਚੰਗਾ ਕਾਰਨ ਹੋਵੇ। ਅਜਿਹੀ ਆਮਦਨੀ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਹਨ ਪੈਨਸ਼ਨਾਂ, ਸਰਕਾਰੀ ਲਾਭ, ਰਿਟਾਇਰਮੈਂਟ ਆਮਦਨੀ, ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਦੇ ਲਾਭ, ਸਾਲਾਨਾ, ਅਪੰਗਤਾ ਲਾਭ, Social Security ਲਾਭ (ਜਿਸ ਨੂੰ OASDI ਜਾਂ Old Age, Survivors, and Disability Insurance), ਅਤੇ ਬੇਰੁਜ਼ਗਾਰੀ ਲਾਭ ਹਨ। ਪਰ ਅਜਿਹੀ ਆਮਦਨੀ ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਵਿੱਚ ਜਨਤਕ ਸਹਾਇਤਾ ਲਾਭ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ CalWORKs ਜਾਂ CalFresh। ਜੇ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਆਮਦਨੀ ਦੇ ਸੰਭਾਵਤ ਸਰੋਤਾਂ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਪਰਸ਼ਨ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਮਦਦ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਜਾਂ Covered California ਨੂੰ **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।
- ਜੇ ਮੈਂ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹਾਂ, ਮੈਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਆਪਣੇ ਕਾਉਂਟੀ ਯੋਗਤਾ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਾਂਗਾ ਜਿਹੜੀਆਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਦੇ 10 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ:
  - » ਮੈਂ ਚਲਦਾ ਹਾਂ
  - » ਮੇਰੀ ਆਮਦਨੀ ਬਦਲਦੀ ਹੈ
  - » ਮੇਰੇ ਘਰੇਲੂ ਬਦਲਾਅ ਹਨ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ ਵਿਆਹ / ਤਲਾਕ, ਗਰਭਵਤੀ ਹੋਏ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਬੱਚਾ (ਬੱਚੇ) ਹੋਏ)
  - » ਮੈਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਿਆ ਹਾਂ
- ਜੇਕਰ ਮੈਂ Covered California ਵਿੱਚ ਦਾਖਲਾ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹਾਂ, ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ / ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅੰਦਰ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। Covered California ਨੂੰ **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਜਾਂ [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com) ਤੇ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ / ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਆਮਦਨੀ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣਾ ਪਏਗਾ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ Medi-Cal ਲਾਭਾਂ ਜਾਂ Covered California ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਰਾਜ ਦੀ ਮਾਤਰਾ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜੋ ਮੈਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਲਾਭ ਸਾਲ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਲਾਭ ਸਾਲ ਲਈ ਆਪਣਾ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਆਮਦਨੀ ਟੈਕਸ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਂਗਾ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਵਾਧੂ ਪਰੀਮੀਅਮ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦੀ ਸਬਸਿਡੀ IRS ਜਾਂ California Franchise Tax Board ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰਨੀ ਪਏਗੀ।
- ਮੈਂ ਨਾਗਰਿਕਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਲਈ ਹੋਰ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੇ ਕੰਪਿਊਟਰ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਛਾਪੇਮਾਰੀ Covered California ਅਤੇ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਜਾਂ ਕੀ ਮੈਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ U.S. ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਹਾਂ, ਟੈਕਸ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਅਤੇ ਸਿਰਫ ਯੋਗਤਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਮੈਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਇਸ ਨਵਿਆਉਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹਨ।

- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਵੇਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ, ਮੈਂ Medi-Cal ਲਈ ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਅਤੇ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਬਾਰੇ ਜੋ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਉਹ ਮਾਲਕਾਂ, ਬੈਂਕਾਂ, SSA, Internal Revenue Service, Franchise Tax Board, ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੇ ਤੱਥਾਂ ਨਾਲ ਕੰਪਿਊਟਰ ਦੁਆਰਾ ਜਾਂਚਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਹੋਰ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਵੀ ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਮੈਂ ਜਾਂ ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਤੇ ਹੋਰ ਲੋਕ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹਨ।
- ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ Medi-Cal ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਕੋਈ ਵੀ ਪੈਸਾ ਮੈਂ ਜਾਂ ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ, ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਜਾਂ ਉਸ ਖਰਚੇ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਕਾਨੂੰਨੀ ਬੰਦੋਬਸਤ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਦ ਤਕ ਖਰਚੇ ਦੀ ਪੂਰੀ ਅਦਾਇਗੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਖਰਚੇ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਵਜੋਂ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਜਾਵੇਗਾ।
- ਉਨ੍ਹਾਂ ਮਾਪਿਆਂ ਲਈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਬੱਚੇ Medi-Cal ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹਨ: ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਏਜੰਸੀ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮਾਪਿਆਂ ਤੋਂ ਇਸ ਰਿਨਿਊਅਲ ਫਾਰਮ ਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਇਕੱਤਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਨਹੀਂ ਭੇਜਦਾ। ਜੇ ਮੈਂ ਸੋਚਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਮੇਰੇ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ ਕਰੇਗਾ, ਤਾਂ ਮੈਂ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਦੱਸ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਮਦਦ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ।

## ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ

ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ Covered California ਨੇ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਇਸ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਲਈ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਜਾਂ Covered California ਵਿਖੇ ਦੱਸਣਾ ਕਿ ਮੈਂ ਸੋਚਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸਦਾ ਫੈਸਲਾ ਗਲਤ ਹੈ ਅਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਨਿਰਪੱਖ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਆਖਦਾ ਹਾਂ।

ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਫੈਸਲੇ ਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਅੰਦਰ ਅਪੀਲ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ। ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਮੇਰੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ, ਦੋਸਤ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਜਾਂ ਵਕੀਲ।

ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੋਈ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ, Covered California, ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ ਕਾਊਂਟੀ ਦਫਤਰ ਵਿੱਚ ਮੇਰਾ ਕੇਸ ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸ ਸਕਦਾ ਹੈ।

### California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, California 94244-2430

ਫੋਨ: 1-833-281-0905

ਟੈਲ ਫਕਸ: 1-855-795-0634 ਜਾਂ

ਜਨਤਕ ਇੰਕੁਆਰੀ ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਟੈਲ ਫਕਸ: 1-800-952-5253 ਜਾਂ TDD 1-800-952-8349

## ਸਮਾਨਤਾ ਨੀਤੀ

Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ (DHCS) ਅਤੇ Covered California ਲਾਗੂ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੇ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਵੰਸ਼, ਕੌਮੀ ਮੂਲ, ਜਾਤੀ ਸਮੂਹ ਦੀ ਪਛਾਣ, ਉਮਰ, ਮਾਨਸਿਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਸਰੀਰਕ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਗੈਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ। ਅਪੰਗਤਾ, ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ, ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ, ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਰੁਝਾਨ।

Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ (DHCS) ਅਤੇ Covered California ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਵੰਸ਼, ਕੌਮੀ ਮੂਲ, ਜਾਤੀ ਸਮੂਹ ਦੀ ਪਛਾਣ, ਉਮਰ, ਮਾਨਸਿਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਸਰੀਰਕ ਅਪੰਗਤਾ, ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ, ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਗੈਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਕੱਢਦੇ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੇ, ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ, ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਰੁਝਾਨ।

Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ (DHCS) ਅਤੇ Covered California ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਪਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੁਆਲੀਫਾਈਡ ਸੈਨਤ ਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਹੋਰ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵੱਡੇ ਪਿਰੰਟ, ਆਡੀਓ, ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟ, ਅਤੇ ਹੋਰ) ਫਾਰਮੈਟ)।

Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ (DHCS) ਅਤੇ Covered California ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮੁਢਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੁਆਲੀਫਾਈਡ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ DHCS Office of Civil Rights ਨੂੰ **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਕਰੋ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov), ਜਾਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ Covered California **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## ਵਿਤਕਰਾ ਸਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨਾ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ((DHCS)) ਜਾਂ Covered California ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਵੰਸ਼, ਕੌਮੀ ਮੂਲ, ਜਾਤੀ ਸਮੂਹ ਦੀ ਪਛਾਣ, ਉਮਰ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਵਿਤਕਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਮਾਨਸਿਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਸਰੀਰਕ ਅਪੰਗਤਾ, ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ, ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ, ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਰੁਝਾਨ, ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ (DHCS's) ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਸਿਵਲ ਰਾਈਟਸ ਜਾਂ Covered California ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ ਕੋਲ ਸਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ:

### Medi-Cal Program (DHCS)

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

ਫੋਨ: 1-916-440-7370

(Ext. 711, CA State Relay)

ਈਮੇਲ: [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

Medi-Cal ਸਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਇੱਥੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ:

[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

### Covered California

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA 95798-9725

ਫੋਨ: 1-916-228-8764

ਫੈਕਸ: 1-916-228-8909

ਈਮੇਲ: [CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

U.S. Department of Health and Human Services ਦੇ ਫੈਡਰਲ Office for Civil Rights ਵਿਖੇ ਤੁਸੀਂ ਵੱਖਰੀ ਸਿਵਲ ਰਾਈਟਸ ਕੰਪਲੇਟ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਨਾਗਰਿਕਤਾ, ਉਮਰ, ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਭੇਦਭਾਵ ਹੋਇਆ ਹੈ:

### U.S. Department of Health and Human Services

ਡਾਕ: 200 Independence Ave. SW Room 509F

HHH Building, Washington, DC 20201

ਫੋਨ: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

ਆਨਲਾਈਨ ਕੰਪਲੇਟ ਪੋਰਟਲ ਅਸਿਸਟੈਂਟ: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

ਆਨਲਾਈਨ ਸਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ: [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard\\_cp.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)