

QUALIFIED MEDICARE BENEFICIARY (QMB), SPECIFIED LOW-INCOME MEDICARE BENEFICIARY (SLMB), AND QUALIFYING INDIVIDUAL (QI) APPLICATION
ਕੁਆਲੀਫਾਈਡ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਬੈਨੇਫੀਸ਼ੀਅਰੀ (QMB), ਨਰਿਧਾਰਤ ਲੋ-ਇਨਕਮ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਬੈਨੇਫੀਸ਼ੀਅਰੀ (SLMB), ਐਂਡ ਕੁਆਲੀਫਾਈਡ ਨੌਜ਼ੀ (QI) ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ

ਨਾਂ	Social Security ਗਣਿਤੀ		Medicare ਗਣਿਤੀ	ਮਤੀ
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ()	ਜਨਮ ਮਤੀ	ਲਿੰਗ <input type="checkbox"/> ਮਰਦ <input type="checkbox"/> ਔਰਤ	ਵਿਆਹ ਦੀ ਸਥਿਤੀ <input type="checkbox"/> ਵਿਆਹੁਤਾ <input type="checkbox"/> ਤਲਾਕਸੁਦਾ <input type="checkbox"/> ਵੱਖ <input type="checkbox"/> ਇੱਕਲਾ <input type="checkbox"/> ਵਧਿਵਾ	
ਪਤਾ (ਨੰਬਰ, ਗਲੀ)	ਸ਼ਹਿਰ		ਰਾਜ	ਜਪਿ ਕੋਡ

ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ Qualified Medicare Beneficiary (QMB ਯੋਗ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਲਾਭਕਾਰੀ), Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) ਨਰਿਧਾਰਤ ਨਮਿਨ ਕੇਅਰ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਲਾਭਕਾਰੀ, Qualifying Individual (QI ਯੋਗਤਾ ਵਾਲੇ ਵਅਕਤੀ) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਹੈ। QMB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗ ਵਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਲਈ ਰਾਜ Medicare Parts A ਅਤੇ B ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ, ਕਟੌਤੀਆਂ, ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਫੀਸਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ। SLMB ਜਾਂ QI ਲਈ ਯੋਗ ਵਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਰਾਜ Medicare Part B ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰ ਕੇ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਸੋਸ਼ਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਏਜੰਸੀ ਮੇਲ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ QMB, SLMB, ਜਾਂ QI ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।

QMB, SLMB, or QI, ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ

- Medicare Part A ਲਈ ਯੋਗ ਰਹੋ (ਹੁਸਪਤਾਲ ਬੀਮਾ)।
- Medicare Part B ਲਈ ਯੋਗ ਰਹੋ (ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮਾ)।
- ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਆਮਦਨੀ ਲੋੜਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰੋ
 - QMB:** ਇਕ ਸਰਕਾਰੀ ਨਸ਼ਿਚਤ ਆਮਦਨ Federal Poverty Level (FPL ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਰੇਖਾ) ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਜਾਂ 100% ਤੋਂ ਘੱਟ (ਕਸਿ ਇਕ ਵਅਕਤੀ ਲਈ \$1,074 * ਤੋਂ ਘੱਟ ਜਾਂ ਘੱਟ, ਜਾਂ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,452 ਡਾਲਰ *).
 - SLMB:** ਦੀ ਸਰਕਾਰੀ ਨਸ਼ਿਚਤ ਆਮਦਨ FPL ਤੋਂ 120% ਘੱਟ ਹੈ (ਇਕ ਵਅਕਤੀ ਲਈ \$1,288 * ਤੋਂ ਘੱਟ, ਜਾਂ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,742 *).
 - QI:** 135% ਤੋਂ ਘੱਟ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ FPL (ਇੱਕ ਵਅਕਤੀ ਲਈ \$1,449 * ਤੋਂ ਘੱਟ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,960 *)

*ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਘਰ ਵਚਿ ਰਹਿ ਰਹੇ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਰਕਮ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਰਾਸ਼ੀ ਅਪ੍ਰੈਲ ਵਚਿ ਹਰ ਸਾਲ ਵਧਾਉਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਨਵਰੀ ਵਚਿ ਟਾਈਟਲ II ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਤੋਂ ਰਹਿਣ ਦੇ ਖਰਚੇ ਲਈ ਇਕ ਵਵਿਸਥਾ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਰਕਮ ਦੀ ਅਪ੍ਰੈਲ ਤਕ ਗਣਿਤੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਏਗੀ।

- ਕਸਿ ਇੱਕ ਵਅਕਤੀ ਲਈ ਛੋਟੇ ਤੋਂ ਬਨਿ ਕਰ ਸੰਪਤੀ \$7,970 ਤੋਂ ਜਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਜ ਅਤੇ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$11,960 ਜਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ।
- ਕੁਝ ਜਰੂਰਤਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਨਾ, ਜਵਿ ਕਾ California ਦਾ ਇੱਕ ਨਵਿਸੀ ਹੋਣਾ।

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ

ਤੁਸੀਂ QMB ਅਤੇ SLMB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋਰਨਾਂ Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਵਿਕ ਮਾਸਿਕ ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਖਰਚੇ (ਸ਼ੇਅਰ ਆਫ ਕੋਸਟ) ਦੇ ਨਾਲ CalFresh ਅਤੇ/ਜਾਂ Medi-Cal. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ QMB, SLMB, ਅਤੇ QI ਆਮਦਨ ਦੀ ਸਮਾਂ ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮਾਸਿਕ ਸ਼ੇਅਰ-ਆਫ-ਕੋਸਟ ਨਾਲ Medi-Cal ਲਈ ਵੀ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਦੇ ਇੱਛੁੱਕ ਹੋ ਤਾਂ, ਹਾਂ ਤੇ ਚੈਕ ਕਰੋ ਅਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਫਾਰਮ ਪੂਰੇ ਕਰਨ ਲਈ ਭੇਜੇਗੀ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ SLMB and QI ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਪਛਿਲੇ ਤੀਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਪੂਰਵ-ਵਅਿਪਕ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? (QMB ਲਈ ਪੂਰਵ-ਵਅਿਪਕ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਹੈ)।

ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਵਿਾਰ ਵੱਚਿ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਵਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ (ਜੀਵਨਸਾਥੀ/ਬੱਚੇ)। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੇ ਤੀਨ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਅਕਤੀ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵੱਖਰੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਸੂਚੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕਾਉਂਟੀ ਸੋਸ਼ਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਏਜੰਸੀ ਨੂੰ ਫਾਰਮ ਭਰਿਆ.

ਨਾਂ	Social Security ਨੰਬਰ	ਲਾਗੂ ਮਰਦ ਔਰਤ	ਜਨਮ ਮਤੀ	ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ

A. ਗਨਿਣਯੋਗ ਆਮਦਨ

COUNTY USE

1. QMB/SLMB/QI ਬਨੈਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਅਣ-ਅਰਜਤਿ ਆਮਦਨੀ ਨੂੰ ਭਰੋ:

- a. Social Security ਚੈਕ \$ _____
- b. VA ਲਾਭ \$ _____
- c. ਜਮ੍ਹਾਂ ਰਕਮ ਦੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤਿਆਂ ਜਾਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਆਂ) ਤੋਂ ਵੱਿਆਜ \$ _____
- d. ਰਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦੀ ਆਮਦਨੀ \$ _____
- e. ਕੋਈ ਹੋਰ ਅਣ-ਅਰਜਤਿ ਆਮਦਨੀ \$ _____
- f. ਕੁਲ ਅਣ-ਅਰਜਤਿ ਆਮਦਨੀ- ਲਾਈਨ a. ਤੋਂ e. ਜੋੜੋ \$ _____

Applicant's unearned income (line f)
\$ _____

Spouse's unearned income (line l)
+ _____

2. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵੱਖਰੇ ਹੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਸਾਥੀ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨਸਾਥੀ ਦੁਆਰਾ ਮਿਲੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਅਣ-ਅਰਜਤਿ ਆਮਦਨ ਨੂੰ ਭਰੋ:

- g. Social Security ਚੈਕ \$ _____
- h. VA ਲਾਭ \$ _____
- i. ਜਮ੍ਹਾਂ ਰਕਮ ਦੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤਿਆਂ ਜਾਂ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ (ਆਂ) ਤੋਂ ਵੱਿਆਜ \$ _____
- j. ਕੋਈ ਹੋਰ ਅਣ-ਅਰਜਤਿ ਆਮਦਨੀ \$ _____
- k. ਰਟਾਇਰਮੈਂਟ ਦੀ ਆਮਦਨੀ \$ _____
- l. ਪਤੀ / ਪਤਨੀ ਦੀ ਕੁੱਲ ਅਣ-ਅਰਜਤਿ ਆਮਦਨੀ - ਲਾਈਨ g. ਤੋਂ k. ਜੋੜੋ \$ _____

Any Income deduction
- _____

Net unearned income

3. QMB/SLMB/QI ਬਨੈਕਾਰ ਅਤੇ ਪਤੀ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਕਮਾਈ ਆਮਦਨ ਭਰੋ:

- m. QMB, SLMB ਅਤੇ QI ਬਨੈਕਾਰ ਦੀ ਕੁੱਲ ਕਮਾਈ \$ _____
- n. ਪਤੀ ਜਾਂ ਪਤਨੀ ਲਈ ਕੁੱਲ ਕਮਾਈ \$ _____
- o. ਕੁੱਲ- ਲਾਈਨ m. ਤੋਂ n. ਜੋੜੋ \$ _____
- p. \$65 ਘਟਾਓ \$ _____
- q. ਬਾਕੀ ਬਚਿਆ \$ _____
- r. 2 ਨਾਲ ਭਾਗ \$ _____

Net earned income (line r)
+ _____

Total net income

MFBU size

4. ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ:

- f., l., ਅਤੇ r ਲਾਈਨਾਂ ਜੋੜੋ \$ _____
- s. \$20 ਘਟਾਓ (ਕੋਈ ਵੀ ਆਮਦਨ ਕਟੌਤੀ) \$ _____

Compare to QMB/SLMB/QI income limit.

5. ਕੁਲ ਗਨਿਣਯੋਗ ਕਮਾਈ

\$ _____

6. ਸੰਭਾਵੀ QMB, SLMB, ਜਾਂ QI ਦੇ ਯੋਗ:

- ਤੁਸੀਂ QMB ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਤੌਰ ਤੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ 100% FPL ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਜਾਂ ਘੱਟ ਹੈ (ਇਕ ਵਧਿਕਤੀ ਲਈ \$1,074 * ਤੇ, ਜਾਂ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,452 ਡਾਲਰ ਵੱਧ)।
- ਤੁਸੀਂ SLMB ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਤੌਰ ਤੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ 120% FPL ਤੋਂ

If over income limit, is there a spouse and/or children in the home?
Complete the MC 176-2 A QMB/SLMB/QI form.

ਘੱਟ ਹੈ (ਕਸਿ ਇੱਕ ਵਅਿਕਤੀ ਲਈ \$1,288 * , ਜਾਂ ਇੱਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,742 * ਤੋਂ ਘੱਟ)।

☑ ਤੁਸੀਂ QI ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਤੌਰ ਤੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ 135% FPL ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ (ਇਕ ਵਅਿਕਤੀ ਲਈ \$1,449 * ਤੋਂ ਘੱਟ, ਜਾਂ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,960 ਡਾਲਰ ਤੋਂ ਘੱਟ)* ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵੱਚਿ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਰਕਮ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

*ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵੱਚਿ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਰਕਮ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

B. ਸੰਪਤੀ

ਇਕ QMB, SLMB, ਜਾਂ QI ਜਹਿੜਾ ਵਅਿਅਹਅਿਆ ਹੋਇਆ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਉਸ ਦੀ ਗਣਿਨ ਵਾਲੀ ਸੰਪਤੀ \$7,970 ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ । ਇਕ QMB, SLMB, or QI ਜਸਿ ਦਾ ਵਅਿਅਹ ਹੋਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਦੀ ਗਣਿਨ ਵਾਲੀ ਸੰਪਤੀ \$11,960 ਤੋਂ ਬਰਾਬਰ ਜਾਂ ਘੱਟ ਹੈ ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਗਣਿੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਇਦਾਦ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ. **ਮਹਤੱਵਪੂਰਨ:** ਤੁਹਾਡਾ ਘਰ ਜਥਿ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੀ / ਪਤਨੀ ਜਥਿ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਉਹ ਗਣਿਤੀ ਵੱਚਿ ਨਹੀਂ ਆਏਗਾ. ਆਵਾਜਾਈ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕਾਰ ਗਣਿਤੀ ਵੱਚਿ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਟੀ ਸੋਸ਼ਲ ਸਰਵਸਿਜ਼ਿ ਏਜੰਸੀ 'ਤੇ QMB, SLMB, ਜਾਂ QI ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੱਦਿ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਾਉਟੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਸਾਮਲ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਅਲੱਗ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਹਲ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਹੋਰ ਕਸਿਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜਾਇਦਾਦਾਂ ਵੀ ਕਾਉਟੀ ਸੋਸ਼ਲ ਸਰਵਸਿਜ਼ਿ ਏਜੰਸੀ ਵੀ ਦੇਖ ਦੀ ਹੈ, ਜਵਿੱ ਕੀ, ਜਮ੍ਹਾਂ ਰਕਮ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕਟ. ਇਸ ਜਾਇਦਾਦ ਤੋਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਜਾਇਦਾਦ ਪ੍ਰਾਪਰਟੀ ਲੇਨ ਦੀ ਸੀਮਾ ਵੱਚਿ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਵੀ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ.

ਹੇਠ ਦੱਤੀ ਸੰਪਤੀ ਦੇ ਮੁੱਲ ਨੂੰ ਭਰੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੀ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੋਵਾਂ ਦਾ ਹੈ.

- | | |
|--|------------|
| 1. ਖਾਤਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਰੀ | \$ _____ |
| 2. ਬੱਚਤ ਖਾਤੇ | \$ _____ |
| 3. ਜਮ੍ਹਾਂ ਰਕਮ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕਟ | \$ _____ |
| 4. ਸੁਟਾਕ | \$ _____ |
| 5. ਬੱਡ | \$ _____ |
| 6. ਇੱਕ ਦੂਜੀ ਕਾਰ (ਮੁੱਲ ਘਟਾਓ ਦੀ ਰਕਮ ਬਕਾਇਆ) | \$ _____ |
| 7. ਇਕ ਦੂਜਾ ਘਰ (ਮਾਨ ਘਟੀਆ ਰਾਸ਼ੀ ਦੀ ਮਲਕੀਅਤ) ਜੀਵਨ | \$ _____ |
| 8. ਬੀਮਾ ਪਾਲਸੀਆਂ ਦੀ ਨਕਦ ਕੀਮਤ ਜੇ ਕੁੱਲ ਮਲਿਕਾ ਕੇ ਸਾਰੀਆਂ ਪਾਲਸੀਆਂ ਦੀ ਨਾਮਾਤਰ ਮੁੱਲ \$1,500 ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ("ਮਅਿਆਦ" ਬੀਮਾ ਪਾਲਸੀਆਂ ਨੂੰ ਸਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ) | \$ _____ |
| 9. ਕੁੱਲ ਪ੍ਰਾਪਰਟੀ- ਲਾਈਨਾਂ 1 ਤੋਂ 8 ਵੱਚਿ ਜੋੜੋ | **\$ _____ |
- **ਇੱਕ ਵਅਿਕਤੀ ਲਈ \$7,970 ਜਾਂ ਇੱਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$11,960 ਡਾਲਰ ਤੋਂ ਵੱਧ ਇਹ ਕੁੱਲ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ.

COUNTY USE

ਜਅਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਤੁਸੀਂ SLMB ਅਤੇ QI ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਹਤਿ ਆਪਣੇ Medicare Part B ਪਛਿਲੇ ਤੰਨਿ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਪੂਰਵ-ਵਅਿਆਪਕ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਨੋਟ: Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਕੁਝ ਮਰਤਿਕ Medi-Cal ਦੇ ਜਾਇਦਾਦ ਵਾਪਸ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਦੱਤਿ ਗਏ ਭੁਗਤਾਨ ਨੂੰ ਹੈ, ਜੇ ਕੀ ਘਰ 'ਤੇ ਹੈ ਅਤੇ ਭਾਈਚਾਰੇ ਵੱਚਿ ਨਰਸਿੰਗ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਅਤੇ ਸੇਵਾ' ਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ, ਸੇਵਾ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਸਾਮਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਅੱਸਧ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਮਰਤਿਕ Medi-Cal member ਆਪਣੇ 55 ਵੇਂ ਜਨਮ ਦਨਿ ਤੇ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵੱਚਿ. ਜੇ ਮਰਤਿਕ ਮੈਬਰ ਕਸਿ ਜਾਇਦਾਦ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਛੱਡਦੇ ਜਾਂ ਮਰਨ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਦੱਦਿ, ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ. ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਐਸਟੇਟ ਰਕਿਵਰੀ ਵੈਬਸਾਈਟ ਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ <http://dhcs.ca.gov/er> ਜਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ (916) 650-0590. QMB/SLMB/QI ਪ੍ਰਗ ਰਾਮ ਰਵਾਇਤੀ ਵੱਚਿ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਅਿਕਤੀ, (Medi-Cal ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਬਗੈਰ ਸੰਯੋਜਨ ਵੱਚਿ) Medicare ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ, ਕਟੌਤੀਬਲ ਜਾਂ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਐਸਟੇਟ ਰਕਿਵਰੀ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।

<p>ਮੈਂ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਅਤੇ State of California, ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਤਹਿਤ, ਬੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇ ਜੁਰਮਾਨੇ ਹੇਠ ਐਲਾਨ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦੱਤੀ ਹੈ ਸੱਚ ਹੈ, ਸਹੀ ਹੈ, ਅਤੇ</p>	
<p>ਬਨਿਕਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਜਾਂ ਨਸ਼ਾਨ) ➤</p>	<p>ਮਤੀ</p>
<p>County Use</p> <p> <input type="checkbox"/> QMB approved <input type="checkbox"/> SLMB approved <input type="checkbox"/> QI approved <input type="checkbox"/> QMB/SLMB/QI-denied </p>	
<p>Eligibility Worker's signature ➤</p>	<p>Date</p>

DHCS ਦਾ ਗੁਪਤ ਕਥਨ

ਇਸ ਫਾਰਮ Department of Health Care Services (DHCS) (ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਸਰਵਿਸਿੰ ਦੇ ਵਭਿਗ) ਤੋਂ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦੱਤੀ ਗਈ ਨਜ਼ਿ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਜ਼ਿ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਹੈ। DHCS ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਤੇ ਦੂਜੀਆਂ ਵਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੂਜੀ ਸਟੇਟ, ਫੈਡਰਲ, ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਠੇਕੇਦਾਰਾਂ, ਸਹਿਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜ ਮੁਤਾਬਕ ਦੂਜੀ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਾਂਗੇ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦਾ ਉੱਤਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਦ ਤਕ ਕੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ "ਵਕਿਲਪਕਿ" ਨਾ ਕਹਿ ਗਏ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਕੋਈ ਚੀਜ਼ ਨਹੀਂ ਮਲੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਾਂਗੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਾਭਾਂ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋਵਾਂਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਨਵੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੇ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜ਼ਅਿਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਨਜ਼ਿ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖਣ ਦਾ ਅਧਕਾਰ ਹੈ ਜੇ ਫੈਡਰਲ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੇ ਰਕਿਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਹੈ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਮਹਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਇੱਕ ਬਦਲਵੇਂ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਵੇਖ ਸਕਦੇ ਹੋ (ਜਿਵੇਂ ਵੱਡੇ ਛਾਪਿਆਂ) ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, DHCS Information Protection Unit ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ :

P.O. Box 997413, MS 4721
 Sacramento, CA
 95899-7413
 Phone: 1-866-866-0602
 TTY: 1-877-735-2929

ਇਹ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਸਾਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਤਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਰੱਖਣ ਦਾ ਅਧਕਾਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ: CA Welfare and Institutions Code § 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9 ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ Privacy Statement under CA Civil Code § 1798.17.