

**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"/> ਤਲਾਕਸ਼ੁਦਾ <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 ਵਿਅਕਤੀ) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵੱਲ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਹੈ। QMB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਲਈ ਰਾਜ Medicare Parts A ਅਤੇ B ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ, ਕੋਟੀਆਂ, ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਫੀਸਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ। SLMB ਜਾਂ QI ਲਈ ਯੋਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ 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 ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਆਮਦਨ Federal Poverty Level (FPL ਸੰਘੀ ਗਰੀਬੀ ਰੇਖਾ) ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਜਾਂ 100% ਤੋਂ ਘੱਟ (ਕਿਸੇ ਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ \$1,153 \* ਤੋਂ ਘੱਟ ਜਾਂ ਘੱਟ, ਜਾਂ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,546 \* ਡਾਲਰ \*).
  - SLMB:** ਦੀ ਸਰਕਾਰੀ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਆਮਦਨ FPL ਤੋਂ 120% ਘੱਟ ਹੈ (ਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ \$1,380 \* ਤੋਂ ਘੱਟ, ਜਾਂ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,852 \*).
  - QI:** 135% ਤੋਂ ਘੱਟ ਆਮਦਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ FPL (ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ \$1,550 \* ਤੋਂ ਘੱਟ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$2,081\*)

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

- ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਛੇਤ ਤੋਂ ਬਿਨਾ ਕਰ ਸੰਪਤੀ \$130,000 ਤੋਂ ਜਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਜ ਅਤੇ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$195,000 ਜਿਆਦਾ ਨਹੀਂ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ।
- ਕੁਝ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਨਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ California ਦਾ ਇੱਕ ਨਿਵਾਸੀ ਹੋਣਾ।

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ**

ਤੁਸੀਂ QMB ਅਤੇ SLMB ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋਰਨਾਂ Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ 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 ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਪੂਰਵ-ਵਿਆਪਕ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣਾ  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? (QMB ਲਈ ਪੂਰਵ-ਵਿਆਪਕ ਕਵਰੇਜ ਨਹੀਂ ਹੈ।)

**ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ (ਜੀਵਨਸਾਥੀ/ਬੱਚੇ)।** ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੇ ਤਿੰਨ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਅਕਤੀ 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 ਵੱਿਆਹੇ 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 ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ \$1,153 \* ਤੇ, ਜਾਂ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,546 \* ਡਾਲਰ ਵਿਚ)।

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 (ਕਿਸੇ ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ \$1,380\* , ਜਾਂ ਇੱਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$1,852 \* ਤੋਂ ਘੱਟ)।

☑ ਤੁਸੀਂ QI ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਤੌਰ ਤੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ 135% FPL ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ (ਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ \$1,550 \* ਤੋਂ ਘੱਟ, ਜਾਂ ਇਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$2,081 \* ਡਾਲਰ ਤੋਂ ਘੱਟ)\* ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬੱਚਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਰਕਮ ਵੱਧ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

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

**B. ਸੰਪਤੀ**

ਇਕ QMB, SLMB, ਜਾਂ QI ਜਿਹੜਾ ਵਿਆਹਿਆ ਹੋਇਆ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ ਉਸ ਦੀ ਗਿਣਨ ਵਾਲੀ ਸੰਪਤੀ \$130,000 ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਕ QMB, SLMB, or QI ਜਿਸ ਦਾ ਵਿਆਹ ਹੋਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ ਦੇ ਨਾਲ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਉਸ ਦੀ ਗਿਣਨ ਵਾਲੀ ਸੰਪਤੀ \$195,000 ਤੋਂ ਬਰਾਬਰ ਜਾਂ ਘੱਟ ਹੈ ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਗਣਿ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਜਾਇਦਾਦ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ. **ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:** ਤੁਹਾਡਾ ਘਰ ਜਿਥੇ ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੀ / ਪਤਨੀ ਜਿਥੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਉਹ ਗਣਿਤੀ ਵਿਚਿ ਨਹੀਂ ਆਏਗਾ. ਆਵਾਜਾਈ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕਾਰ ਗਣਿਤੀ ਵਿਚਿ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਥਾਨਕ ਕਾਊਂਟੀ ਸੋਸ਼ਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਏਜੰਸੀ 'ਤੇ QMB, SLMB, ਜਾਂ QI ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਾਊਂਟੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਅਲੱਗ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਹਲ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਹੋਰ ਕਸਿਮਾਂ ਦੀਆਂ ਜਾਇਦਾਦਾਂ ਵੀ ਕਾਊਂਟੀ ਸੋਸ਼ਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਏਜੰਸੀ ਵੀ ਦੇਖ ਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ, ਜਮ੍ਹਾਂ ਰਕਮ ਦਾ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ. ਇਸ ਜਾਇਦਾਦ ਤੋਂ ਹੋਰ ਕੋਈ ਜਾਇਦਾਦ ਪ੍ਰਾਪਰਟੀ ਲੇਨ ਦੀ ਸੀਮਾ ਵਿਚਿ 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 ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ  | \$ _____   |
| 4. ਸੁਟਾਕ  | \$ _____   |
| 5. ਬੈਂਡ   | \$ _____   |
| 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 ਮਿਲਾ ਕੇ ਸਾਰੀਆਂ ਪਾਲਸੀਆਂ ਦੀ ਨਾਮਾਤਰ ਮੁੱਲ \$1,500 ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ ("ਮਿਆਦ" ਬੀਮਾ ਪਾਲਸੀਆਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਾ ਕਰੋ) | \$ _____   |
| 9. ਕੁੱਲ ਪ੍ਰਾਪਰਟੀ- ਲਾਈਨਾਂ 1 ਤੋਂ 8 ਵਿੱਚ ਜੋੜੋ  | **\$ _____ |
- \*\*ਇੱਕ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ \$130,000 ਜਾਂ ਇੱਕ ਜੋੜੇ ਲਈ \$195,000 ਡਾਲਰ ਤੋਂ ਵੱਧ ਇਹ ਕੁੱਲ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ.

<b>COUNTY USE</b>

**ਜਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ:** ਤੁਸੀਂ SLMB ਅਤੇ QI ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਹਿਤ ਆਪਣੇ Medicare Part B ਪਛਿਲੇ ਤੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਪੂਰਵ-ਵਿਆਪਕ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ।

**ਨੋਟ:** Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਕੁਝ ਮਰਤਿਕ Medi-Cal ਦੇ ਜਾਇਦਾਦ ਵਾਪਸ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਦੱਤੇ ਗਏ ਭੁਗਤਾਨ ਨੂੰ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਘਰ 'ਤੇ ਹੈ ਅਤੇ ਭਾਈਚਾਰੇ ਵਿਚਿ ਨਰਸਿੰਗ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਅਤੇ ਸੇਵਾ' ਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ, ਸੇਵਾ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਅੱਸਧ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਮਰਤਿਕ Medi-Cal member ਆਪਣੇ 55 ਵੇਂ ਜਨਮ ਦਿਨ ਤੇ ਜਾਂ ਬਾਅਦ ਵਿਚਿ. ਜੇ ਮਰਤਿਕ ਮੈਬਰ ਕਸਿ ਜਾਇਦਾਦ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਛੱਡਦੇ ਜਾਂ ਮਰਨ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੇ, 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 ਵਿਚਿ ਨਾਮਜ਼ਦ ਵਿਅਕਤੀ, (Medi-Cal ਜਾਂ ਇਸਦੇ ਬਗੈਰ ਸੰਯੋਜਨ ਵਿਚਿ ) Medicare ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ, ਕਟੌਤੀਬਲ ਜਾਂ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਐਸਟੇਟ ਰਕਿਵਰੀ ਅਧੀਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।

<p><b>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</b></p>	
<p>ਬਨਿਕਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ (ਜਾਂ ਨਸ਼ਾਨ) ➤</p>	<p>ਮਤੀ</p>
<p><b>County Use</b></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 (ਜਵਿੱ 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 ਦੰਦੇ 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.