

Coronavirus (COVID-19) ਦੇ ਟੈਸਟਾ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ

Coronavirus (COVID-19) ਦੀ ਟੈਸਟਿੰਗ, ਟੈਸਟਿੰਗ ਖਰਚੇ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਖਰਚੇ ਸੰਬੰਧੀ ਮਦਦ ਲਈ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ ਭਰੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ ਰਾਹੀਂ ਯੋਗ ਪਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਜੋ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੇਗੀ ਉਹ ਸਿਰਫ coronavirus ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਟੈਸਟ ਦਾ ਹੀ ਖਰਚਾ ਅਦਾ ਕਰੇਗੀ।

ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਜਾਂ Covered California ਰਾਹੀਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਾਭਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਤਾਂ www.coveredca.com ਵਿਖੇ ਪੂਰੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਵੋ।

| | | | |
|---|------------------------|--------------|---|
| 1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ | 2. ਵਿਚਲਾ ਨਾਮ | 3. ਆਖਰੀ ਨਾਂ | 4. ਪਿਛੇਤਰ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ) |
| 5. ਲਿੰਗ: <input type="checkbox"/> ਪੁਰਸ਼ <input type="checkbox"/> ਇਸਤਰੀ | | | 6. ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਮਮ/ਤਤ/ਸਸਸ): |
| 7. California ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਾਂ | | | 8. ਕਾਊਂਟੀ ਜਿੱਥੇ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋ? |
| 9. <input type="checkbox"/> ਜੇਕਰ ਬੇਘਰ ਹੋ ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਅਤੇ ਜਿਸ ਪਤੇ ਉੱਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਪਤਾ ਹੇਠਾਂ ਦਾਖਲ ਕਰੋ। | | | |
| 10. ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਗਲੀ ਨੰ) | | | ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ # |
| ਸ਼ਹਿਰ | ਰਾਜ | | ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ |
| 11. ਡਾਕ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖ ਹੈ ਤਾਂ) | | | ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ # |
| ਸ਼ਹਿਰ | ਰਾਜ | | ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ |
| 12. ਉੱਤਮ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ | 13. ਕੋਈ ਹੋਰ ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ | 14. ਈਮੇਲ ਪਤਾ | |
| 15. ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਬੋਲਦੇ ਹੋ | | | 16. ਤੁਸੀਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਭਾਸ਼ਾ ਕਿਹੜੀ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹੋ |
| 17. Social Security ਨੰਬਰ (SSN): _____ | | | |
| ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ Social Security ਨੰਬਰ (SSN) ਹੈ ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਅਪਲਾਈ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਹ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਅਸੀਂ Social Security ਨੰਬਰ (SSNs) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨੀ ਵੇਖਣ ਅਤੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਤਾਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਵੇਖੀ ਜਾ ਸਕੇ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਪਰ SSN ਨਹੀਂ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਲੈਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ www.ssa.gov ਤੇ ਜਾਓ। SSN ਨਾ ਹੁੰਦੇ ਹੋਏ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਕੁਝ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ Medi-Cal ਹੈਲਪਲਾਈਨ (800) 541-5555 ਵਿਖੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। | | | |
| 18. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਯੂ.ਐਸ ਸਿਟੀਜ਼ਨ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ 19 ਤੇ ਜਾਓ, ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ 20 ਤੇ ਜਾਓ। <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ | | | |

| | |
|---|--|
| 19. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੁਦਰਤੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਪਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨਾਗਰਿਕ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ, a ਜਾਂ b ਭਰ ਕੇ 21 ਤੇ ਜਾਓ, ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ ਤਾਂ 21 ਤੇ ਜਾਓ। <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ | |
| a. Alien Number/USCIS Number: | b. ਨੈਚੁਰਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ ਜਾਂ ਸਿਟੀਜ਼ਨਸ਼ਿਪ ਨੰਬਰ: |
| 20. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਯੂ.ਐਸ ਸਿਟੀਜ਼ਨ ਜਾਂ ਨਾਗਰਿਕ ਨਹੀਂ ਹੋ ਤਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਯੋਗ ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਸਟੇਟਸ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਜੇਕਰ ਹਾਂ ਤਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੋਵੇ, ਉਹ ਦਾਖਲ ਕਰੋ। | |
| a. ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਕਿਸਮ: | b. ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਸਟੇਟਸ (ਵਿਕਲਪਿਕ): |
| c. ਇੰਮੀਗਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਨਾਮ: | |
| d. Alien Number/USCIS Number: | e. I-94 ਨੰਬਰ: |
| f. ਪਾਸਪੋਰਟ ਨੰਬਰ: | g. ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਦੇਸ਼: |
| h. SEVIS ID: | i. ਕੋਈ ਹੋਰ (ਕਾਰਡ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਵੀਜਾ ਨੰਬਰ): |
| 21. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੌਜੂਦਾ Medicare ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ | 22. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੌਜੂਦਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ |

ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ

- ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਫੈਡਰਲ ਕਾਨੂੰਨ ਤਹਿਤ, DHCS ਗੈਰ-ਕਾਨੂੰਨੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਲਿੰਗ, ਜਾਤ, ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਪੀੜ੍ਹੀ, ਨਾਗਰਿਕਤਾ, ਐਥਨਿਕ ਸਮੂਹ, ਉਮਰ, ਮਾਨਸਿਕ ਅਪੰਗਤਾ, ਸ਼ਾਰੀਰਿਕ ਅਪੰਗਤਾ, ਬੀਮਾਰੀ, ਜਿਨਸੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਟੇਟਸ, ਲਿੰਗ, ਲੈਂਗੁਏਜ, ਸੈਕਸੁਅਲ ਝੁਕਾਵ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਆਧਾਰ ਤੇ ਜੋ ਫੈਡਰਲ ਜਾਂ ਸਟੇਟ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਹੇਠ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ, ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।
- ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ Office of Civil Rights, Department of Health Care Services ਵਿਖੇ (916) 440-7370 ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਜਾਂ P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413, ਵਿਖੇ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਨੂੰ CivilRights@dhcs.ca.gov ਵਿਖੇ ਦਰਜ ਕਰਵਾਈਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।
- ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਪਰਖਣ ਲਈ, ਕਵਰੇਜ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਮੰਤਵਾਂ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਕੋਈ Medi-Cal, ਦੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ California Department of Health Care Services ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਅੱਗੇ ਵਧਣ, ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਤੋਂ, ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਮਝੌਤੇ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪਾਰਟੀ ਤੋਂ ਪੈਸੇ ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।
- COVID-19 ਟੈਸਟਿੰਗ, ਟੈਸਟਿੰਗ ਸੰਬੰਧੀ, ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਜਾਂਚਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਆਪਣੇ ਇਲੈਕਟਰਾਨਿਕ ਡੇਟਾਬੇਸ ਅਤੇ Social Security ਤੋਂ ਡੇਟਾਬੇਸਾਂ ਅਤੇ Department of Homeland Security ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤ ਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਜਾਂਚਾਂਗੇ, ਜੇਕਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੀ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭੇਜਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।
- ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਜਾਨਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਵਰਤਿਆ ਅਤੇ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਦੇ ਕੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹਨ। ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦਾ ਨੋਟਿਸ (NPP) ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx> ਵਿਖੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਪਰਾਈਵੇਸੀ ਸਟੇਟਮੈਂਟ

- ਇਹ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ Department of Health Care Services (DHCS) ਦੁਆਰਾ ਚਲਾਏ ਗਏ COVID-19 Uninsured Group ਪਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ 'ਤੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਨਿਜੀ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿਜੀ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਅਤੇ COVID-19 ਬੀਮਾ ਰਹਿਤ ਗਰੁੱਪ ਪਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਪਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ DHCS ਨੂੰ ਇਸਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ।
- ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੂਜੇ ਰਾਜ, ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਏਜੰਸੀਆਂ, ਠੇਕੇਦਾਰਾਂ, ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਪਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨਾਲ ਸਿਰਫ ਇਕ ਯੋਜਨਾ ਜਾਂ ਪਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਪਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਪਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਂਝੇ ਕਰਾਂਗੇ, ਅਤੇ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਰੋਪਨੀਯਤਾ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਜ਼ਰੂਰ ਦੇਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜਦ ਤੱਕ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ "ਵਿਕਲਪਿਕ" ਵਜੋਂ ਮਾਰਕ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਵਿੱਚ ਉਹ ਕੁਝ ਗੁੰਮ ਹੈ ਜੋ ਸਾਨੂੰ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਾਂਗੇ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਕੋਈ ਫੈਸਲਾ ਨਹੀਂ ਲੈ ਸਕਾਂਗੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਨਵੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ COVID-19 Uninsured ਗਰੁੱਪ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਅਰਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਜਾਂ Department of Health Care Services ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਵੇਖਣ ਲਈ, P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 ਵਿਖੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਯੂਨਿਟ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ. ਫੋਨ 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929।
- ਰਾਜ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਕਾਨੂੰਨ ਸਾਨੂੰ ਦਰਖਾਸਤ 'ਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਰੱਖਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦੇ ਹਨ: DHCS: CA ਵੈਲਫੇਅਰ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਵਾਂ। ਕੋਡ § 14011 ਅਤੇ ਲੇਖ 3, ਅਧਿਆਇ 5 ਅਤੇ 7, ਭਾਗ 2 ਅਤੇ 3, ਡਵੀਜ਼ਨ 9; Covered CA: 42 ਯੂ.ਐੱਸ.ਸੀ. 31 18031; ਸੀਏ ਸਰਕਾਰ ਕੋਡ 50 100502 (ਕੇ) ਅਤੇ 100503 (ਏ)।

ਜੇ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਨੋਟਿਸ ਨੂੰ ਗਲਤ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਕੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

- ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ Medi-Cal program ਨੇ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਫੈਸਲੇ ਲਈ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ। ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ Medi-Cal program ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣਾ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਗਲਤ ਹੈ ਅਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਸਹੀ ਸਮੀਖਿਆ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ।
- ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ Medi-Cal program ਲਈ 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ, ਅਪੀਲ ਸਮੇਤ, ਅਪੀਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣ ਸਕਦਾ ਹਾਂ।
- ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਨੋਟਿਸ 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 ਕਿ ਇਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ, ਦੇਸਤ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਜਾਂ ਵਕੀਲ।
- ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਸਾਰੀਆਂ ਸੁਣਵਾਈਆਂ ਟੈਲੀਫੋਨ ਜਾਂ ਵੀਡੀਓ ਕਾਨਫਰੰਸ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਮੈਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।
- ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਮੈਨੂੰ Medi-Cal ਪਰੋਗਰਾਮ ਰਾਹੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਲਈ ਕੇਸ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕੀਤੀ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਜਾਣਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਡੀ-ਕੈਲ ਪਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਥਿਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਣਾਈ ਰੱਖੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਬਕਾਇਆ ਬਹਾਲ ਰੱਖੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਹਸਤਾਖਰ:

ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਮੈਂ ਇਹ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਜੋ ਵੀ ਬਿਆਨ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ ਉਹ ਸਹੀ, ਦਰੁਸਤ ਅਤੇ ਪੂਰਾ ਹੈ।

- ਮੈਂ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੜ੍ਹਿਆ ਅਤੇ ਸਮਝਿਆ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ ਸਿਰਫ ਕੁਝ coronavirus (COVID-19) ਟੈਸਟ, ਟੈਸਟਾਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਮਦਦ ਲੈਣ ਲਈ ਹੀ ਹੈ। ਇਹ ਵੇਖਣ ਲਈ ਕਿ ਮੈਂ Medi-Cal ਜਾਂ Covered California ਰਾਹੀਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਾਭਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹਾਂ ਤਾਂ ਮੈਂ www.coveredca.com ਵਿਖੇ ਪੂਰੀ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਵਾਂਗਾ।

| | |
|--------|------|
| ਹਸਤਾਖਰ | ਮਿਤੀ |
|--------|------|