

## ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ (ASCFI) ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ: AB 133<sup>1</sup> (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਾਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇੰਡੈਕਸ  
ਨੰਬਰ (ਜਦੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

**“ASCFI ਫਾਰਮ: AB 133” ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਵਾਕਿਆਤਾਂ ਲਈ ਡੇਟਾ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ:**

1. Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲੈਨ ਵਾਚਿ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਵਾਕਿਆਤਾਂ।
2. Medi-Cal ਅਧੀਨ ਵਾਇਹਾਰ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਾਕਿਆਤਾਂ।
3. ਅਪਰਾਧਿਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਾਚਿ ਸ਼ਾਮਲ ਵਾਕਿਆਤਾਂ ਜੋ ਰਲੀਜ਼ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ Medi-Cal ਫਾਇਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹਨ।

Medi-Cal ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਤ ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਬਣਾਉਣ ਵਾਚਿ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਸਹਿਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਜੀ ਸਕੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ Medi-Cal ਰਾਹੀਂ ਮਲਿਣ ਵਾਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਈ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਤੁਹਾਡਾ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੂਜੇ ਲੋਕਾਂ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਮ ਰਲੀਜ਼ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਨਾ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਤਾਲਮੇਲ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੌਣ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦੇਖੋ। ਇਹ ASCFI ਫਾਰਮ ਇਹ ਕਰੇਗਾ:

- » ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਤਾਲਮੇਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਕਹਿਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- » ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੌਣ ਸਾਂਝੀ ਅਤੇ ਵਰਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- » ਤੁਹਾਡੀ ਕੁਝ ਖਾਸ ਕਸਿਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਮੰਗੇਗਾ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀਆਂ ਕਸਿਮਾਂ ASCFI ਫਾਰਮ ਦੇ ਭਾਗ 1.3 ਵਾਚਿ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ।

<sup>1</sup> AB 133 ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਅਸੈਂਬਲੀ ਬਿੱਲ 133 ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

## ਮੈਬਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ (ASCFI) ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ: AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਫੀਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

**ਮੈਬਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਮੈਬਰ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) \_\_\_\_\_

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਫੀਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ): \_\_\_\_\_

ਡਾਕ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

ਰਹਿਾਇਸ਼ੀ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ (ਵਕਿਲਪਕਿ): \_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਵਕਿਲਪਕਿ): \_\_\_\_\_ ਈਮੇਲ ਪਤਾ (ਵਕਿਲਪਕਿ): \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰਾਂ ਨੂੰ ਟੈਕਸਟ ਜਾਂ ਫੋਨ ਕਾਲ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ? ਤੁਹਾਡਾ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਚੋਣਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਣ ਲਈ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋ ਗਈ ਹੈ।<sup>4</sup> ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਆਪਣੀ ਪਸੰਦ ਵਾਲੇ ਬੋਕਸ 'ਤੇ ਨਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ:

ਹਾਂ (ਉੱਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਦੇਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ)

ਟੈਕਸਟ ਅਤੇ ਫੋਨ ਕਾਲ

ਸਰਿਫ ਟੈਕਸਟ

ਸਰਿਫ ਫੋਨ ਕਾਲ

ਨਹੀਂ

**ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਇਹ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਦੁਆਰਾ ਉਪਰੋਕਤ ਮੈਬਰ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਲੈ ਕੇ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਸੰਸਥਾ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਪਛਾਣਕਰਤਾ (NPI) ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ): \_\_\_\_\_

ਟੈਕਸਟ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (TIN): \_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ (ਵਕਿਲਪਕਿ): \_\_\_\_\_

ਡਾਕ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਫੀਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ Medi-Cal ਮੈਬਰ ਦੇ ਫਾਇਦਾ ਪਛਾਣ ਕਾਰਡ ਦੇ ਸਾਮ੍ਹਣੇ ਸਥਿਤ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਨੌਂ ਅੰਕ ਹਨ।

<sup>3</sup> ਇਹ ਕੋਈ ਵੀ ਪਤਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਥੋਂ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਸਿ ਦੋਸਤ, ਆਸਰੇ ਦੀ ਥਾਂ, ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਬਰ ਦਾ ਪਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

<sup>4</sup> ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸੈੱਲ ਫੋਨ 'ਤੇ ਖਰਚੇ ਪੈ ਸਕਦੇ ਹਨ।

# ਮੈਬਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ (ASCFI) ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ: AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਾਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇੰਡੈਕਸ  
ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

## ਭਾਗ 1: ਤੁਹਾਡੀ ਨਜ਼ੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ

### 1.1 ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਭਾਗ 1.3 ਵੱਲੋਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਤੁਹਾਡੀ ਨਜ਼ੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਈ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- » ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨਾ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਲਾਕਾਤ ਨਰਿਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਾ, ਰਹਿਾਇਸ਼ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਾ।
- » ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ, ਦੰਦਾਂ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ, ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕਿਅਤ ਦਾ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ।
- » ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਬੀਮਾ ਕੈਰੀਅਰ ਤੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।
- » ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੋਮਿਆਂ ਨਾਲ ਜੋੜਨਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਤ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਨੂੰ ਬਹਿਤਰ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- » ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨਾ ਤਾਂ ਜੋ Medi-Cal ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਲਿ ਰਹੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਬਹਿਤਰ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕੇ।

### 1.2 ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੌਣ ਸਾਂਝੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ

ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਉਹ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਸੰਗਠਨ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਲਿ ਹੋ, ਹੁਣ ਮਲਿ ਰਹੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਮਲਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- » ਸਹਿਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਮਾਹਰਿ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
- » ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕਿਅਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਓਪੀਐੱਡ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਰਹਿਾਇਸ਼ੀ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ।
- » ਭਾਈਚਾਰਾ-ਅਧਾਰਤ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਅਤੇ ਬੇਘਰ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ।
- » ਸੁਧਾਰਾਤਮਕ ਸਹੂਲਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਕੇਸ ਪ੍ਰਬੰਧਕ।
- » ਸਹਿਤ ਬੀਮਾ ਪਲੈਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲੈਨ ਅਤੇ ਵਕਿਅਤ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਿਤ ਪਲੈਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
- » ਕਾਉਂਟੀ ਸਹਿਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ।
- » ਯੋਗ ਸਹਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ।
- » ਰਾਜ ਸਹਿਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਏਜੰਸੀਆਂ।

## ਮੈਬਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ (ASCFI) ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ: AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਾਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇੰਡੈਕਸ  
ਨੰਬਰ (ਜਦੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

### 1.3 ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀਆਂ ਕਸਿਮਾਂ

#### ਕਿਸ ਕਸਿਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?

ਕੁਝ ਕਸਿਮਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨਾ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਸਾਂਝੀ ਨਾ ਕਰਨਾ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- » ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ 42 CFR ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ।
- » ਰਹਿਾਇਸ਼ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਦੀ ਸਥਿਤੀ, ਇਤਿਹਾਸ ਅਤੇ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਸਹਾਇਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਇਸ ਕਸਿਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਵੇਰਵੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਭਾਗ 2.1 ਵਿੱਚ ਮਿਲ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਸ ਕਸਿਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਦੇਣੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਸਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ।

#### ਤੁਹਾਡੇ ਕੁਝ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਤ ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਦੂਜੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ:

- » ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ।
- » ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ।
- » ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸੰਗਠਨ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣਾ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨਾ।

#### ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸ ਕਸਿਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ?

- » ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ।
- » ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ 42 CFR ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- » ਸਹਿਤ ਬੀਮਾ ਜਾਣਕਾਰੀ।
- » ਸੀਮਤਿ ਅਪਰਾਧਿਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬੁਕਰਿਗ ਡੇਟਾ, ਕੈਦ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ ਅਤੇ ਸਥਾਨ, ਅਤੇ ਪੈਰੋਲ ਸਥਿਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕੈਦ ਵਿੱਚ ਹੋ, ਜਾਂ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਕੈਦ ਹੋਏ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਥੀ ਉੱਤੇ ਦੱਸੀ ਗਈ ਕੁਝ ਅਪਰਾਧਿਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਉਹ ਸਹਿਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕਾਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਲਈ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਵਿੱਲ, ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਕੀ, ਜਾਂ ਅਪਰਾਧਿਕ ਜਾਂਚਾਂ, ਕਾਰਵਾਈਆਂ, ਜਾਂ ਮੁਕੱਦਮਿਆਂ, ਸਜ਼ਾ, ਇਮੀਗ੍ਰੇਸ਼ਨ ਲਾਗੂ ਕਰਨ, ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਅਦਾਲਤੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ।

## ਮੈਬਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ (ASCFI) ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ: AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇੰਡੈਕਸ  
ਨੰਬਰ (ਜਾਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

### ਭਾਗ 2: ਤੁਹਾਡੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਲਈ ਬੇਨਤੀ

#### 2.1 ਵਸ਼ਿਸ਼ ਇਜਾਜ਼ਤ

ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਦੋ ਵਸ਼ਿਸ਼ ਇਜਾਜ਼ਤਾਂ ਦੇਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ:

1. ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ
2. ਰਹਿਾਇਸ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਨਸ਼ੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਹਰੇਕ ਵਸ਼ਿਸ਼ ਇਜਾਜ਼ਤ ਲਈ "ਹਾਂ" ਜਾਂ "ਨਹੀ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ" ਚੁਣੋ।

“ਹਾਂ” ਜਾਂ “ਨਹੀ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ” ਚੁਣਨਾ ਤੁਹਾਡੀ ਮਰਜ਼ੀ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਤੁਸੀਂ ਫਾਰਮ 'ਤੇ "ਨਹੀ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ" ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਇਹ ਫਾਇਦੀਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਜਾਂ ਸਹਿਤ ਸੰਭਾਲ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਬਦਲੇਗਾ।

- » ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫਾਰਮ 'ਤੇ "ਨਹੀ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ" ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕਰਨਗੇ ਜਿਸ ਲਈ ਤੁਸੀਂ "ਨਹੀ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ" ਦੀ ਚੋਣ ਕੀਤੀ ਹੈ।
  - o ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਇਸ ਭਾਗ ਵੱਲ ਦੱਸੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਨਗੇ।
- » ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਫਾਰਮ 'ਤੇ "ਹਾਂ" ਚੁਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਬਣਾਉਣ ਵੱਲ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ। ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਵਧੇਰੇ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵੱਲ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ।

## ਮੈਬਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ (ASCFI) ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ: AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਾਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟਿਕਸ  
ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

### 1. ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

- » ਕੁਝ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ 42 CFR ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ "ਭਾਗ 2" ਕਹਿਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਵਕਾਰ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰ ਰਹਿਾ/ਰਹੀ ਤੁਹਾਡਾ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ 42 CFR ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ।
- » ਤੁਸੀਂ ਭਾਗ 2 ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਜੋ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕਰ ਸਕਣ, ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਣ, ਆਪਣਾ ਸੰਗਠਨ ਚਲਾ ਸਕਣ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰ ਸਕਣ।
- » ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਗ 2 ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ Medi-Cal, ਆਪਣੀ ਸਹਿਤ ਪਲੈਨ, ਜਾਂ ਕਸਿ ਹੋਰ ਸਹਿਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਉੱਤੇ ਦੱਤੀ ਬੁਲੇਟ ਵੱਚ ਦੱਸੇ ਗਏ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਉਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੂਜੇ ਦੇਖਭਾਲ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਤੋਂ ਬਨਿਾਂ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਸੰਘੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਕਾਨੂੰਨ ਅਧੀਨ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੈ। ਉਹ ਤੁਹਾਡੇ ਵਰਿੱਧ ਸਵਿਲ, ਫੰਜਦਾਰੀ, ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਕੀ ਅਤੇ ਵਧਿਾਨਕ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ।
- » ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗ 2 ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤੀ ਜਾਂ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਦੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਹੁਣ ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰ ਸਕਦੀ ਜਾਂ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰ ਸਕਦੀ ਜਿਵੇਂ ਇਸਨੂੰ ਵਰਤਣ ਜਾਂ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੀ। ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗ 2 ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੋਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- » ਤੁਸੀਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਆਪਣੇ ਵਕਾਰ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੇ ਭਾਗ 2 ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਵਕਾਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ: ਮੈਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਆਪਣੇ ਵਕਾਰ ਦੇ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਪਛਿਲੀ, ਵਰਤਮਾਨ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ ਦੀ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕਾਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵੱਚ ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਹਾਂ                      ਨਹੀਂ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

## ਮੈਬਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ (ASCFI) ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ: AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

### 2. ਰਹਿਾਇਸ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਨੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਰਹਿਾਇਸ਼ੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਿਡ ਐਂਟਰੀ (Coordinated Entry) ਰਾਹੀਂ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਿਡ ਐਂਟਰੀ ਸਥਾਨਕ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਹਨ ਜੋ ਲੋੜਵੰਦ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬੇਘਰ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਦੇਖਭਾਲ ਭਾਈਵਾਲਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਦੁਆਰਾ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਅਤੇ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਅਤੇ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ: ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਨੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵੱਲੋਂ ਮੇਰੀ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਦੀ ਸਥਿਤੀ, ਇਤਿਹਾਸ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਇਸਦੇ ਬੇਘਰ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਦੇਖਭਾਲ ਭਾਈਵਾਲਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਸਹਿਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ।

ਹਾਂ ਨਹੀਂ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

## 2.2 ਤੁਹਾਡੇ ਹੱਕ

### ਤੁਹਾਡੇ ਕੀ ਹੱਕ ਹਨ?

ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ:

- » ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।
- » ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਾ ਕਰੋ।
- » ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੋ।
- » ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲਣਾ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਵਾਪਸ ਲੈ ਲਓ।

### ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬਾਅਦ ਵੱਲੋਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ?

ਹਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਸਿ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਆਪਣੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਬਦਲਣ ਜਾਂ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ASCFI ਫਾਰਮ ਭਰਨਾ ਪਵੇਗਾ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

- » ਕੋਈ ਵੀ ਬਦਲਾਅ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਉਸ ਦਿਨ ਹੀ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿਸ ਦਿਨ ਤੁਹਾਡਾ ਨਵਾਂ ASCFI ਫਾਰਮ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।
- » ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਵਾਪਸ ਲੈਣਾ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ।

## ਮੈਬਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ (ASCFI) ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ: AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਾਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇੰਡੈਕਸ  
ਨੰਬਰ (ਜਾਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

### 2.3 ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ

ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ:

- » ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਭਾਗ 1.2 ਵੱਲ ਸੂਚੀਬੱਧ ਤੁਹਾਡੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ, ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਭਾਗ 1.1 ਵੱਲ ਦੱਸੇ ਗਏ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਉੱਤੇ ਚੁਣੀ ਗਈ ਸਹਿਤ ਅਤੇ ਨਾਜ਼ੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- » ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਕਿ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਸੰਘੀ ਜਾਂ ਰਾਜ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨ ਉਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੁਬਾਰਾ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਰੱਖਿਆ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।

### ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਕੀਨੀ ਦੇਰ ਤੱਕ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ?

- » ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਲਈ ਰਹੇਗੀ।
- » ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਲਈ ਰਹੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਇਸ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੀ ਮਿਆਦ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਤੁਹਾਡੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ ਬਦਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਵੀਂ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ।
- » ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਭਾਵੇਂ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਵੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ASCFI ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਨਵੀਂ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ASCFI ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਤਾਂ ਗੈਰ-AB 133: AB 133. ਤੁਸੀਂ ASCFI ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੇ (ਰਵਿਕੇਸ਼ਨ) ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵੱਲੋਂ ਕਸਿ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

|                                          |                                            |                       |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|
| ਮੈਬਰ ਦਾ ਨਾਮ                              | ਮੈਬਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ                              | ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) |
| ਮਾਤਾ-ਪਤਿ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ | ਮਾਤਾ-ਪਤਿ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖਤ | ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) |