

ਮੈਬਰ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ (ASCFI) ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ: ਗੈਰ-AB 133 ¹ (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਵਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ ਪਰਵਾਰਕ ਨਾਮ ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (ਜਦੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

“ASCFI ਫਾਰਮ: ਗੈਰ-AB 133” ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵੱਲੋਂ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਡੇਟਾ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ASCFI ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੇ ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਨ: AB 133. ਇਸ ਵੱਲੋਂ ਉਹ ਸਾਰੇ ਵਅਕਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋ:

1. Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲੈਨ ਵੱਲੋਂ ਨਾਮ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾਇਆ।
2. Medi-Cal ਅਧੀਨ ਵਵਿਹਾਰ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੇ।
3. ਅਪਰਾਧਿਕ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵੱਲੋਂ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹਨ ਜੋ ਰਲੀਜ਼ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ Medi-Cal ਫਾਇਦਿਆਂ ਲਈ ਯੋਗ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਤ ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਬਣਾਉਣ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਸਹਿਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਜੀ ਸਕੋ। ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਤੁਸੀਂ ਦੇਖਭਾਲ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹੈ। 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 ਕਿਵੇਂ 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 ਵੱਲੋਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਨ।

¹ AB 133 ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਅਸੈਂਬਲੀ ਬਿੱਲ 133 ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

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

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਾਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਫੀਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

ਕਲਾਇੰਟ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਨਾਮ: _____ ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ): _____

ਡਾਕ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ²: _____

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/ਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋ ਗਈ ਹੈ।³ 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 ਕਲਾਇੰਟ ਤੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ 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): _____

ਟੈਕਸਟਾਤਾ ਪਛਾਣ ਨੰਬਰ (TIN): _____

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____ ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ (ਵਕਿਲਪਕਿ): _____

ਡਾਕ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ/ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: _____

² ਇਹ ਕੋਈ ਵੀ ਪਤਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੋਂ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਸਿ ਦੋਸਤ, ਆਸਰੇ ਦੀ ਥਾਂ, ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਪਤਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

³ ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸੈੱਲ ਫੋਨ 'ਤੇ ਖਰਚੇ ਪੈ ਸਕਦੇ ਹਨ।

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

ਪਹਿਲੀ ਨਾਮ	ਵਾਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ	ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)
-----------	---------------	-------------	--------------	--

ਭਾਗ 1: ਤੁਹਾਡੀ ਨੌਜਵਾਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਸੰਖੇਪ ਜਾਣਕਾਰੀ

1.1 ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼

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

- » ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਨਾ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਲਾਕਾਤ ਨਰਿਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਕਰਨਾ, ਰਹਿਾਇਸ਼ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਾ, ਜਾਂ ਇੱਕ ਥੈਰੇਪਿਸਟ ਲੱਭਣ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨਾ।
- » ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ, ਦੰਦਾਂ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ, ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕੀਲ ਦਾ ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ।
- » ਤੁਹਾਡੇ ਬੀਮਾ ਕੋਰੀਅਰ 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 ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- » ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨਾ ਤਾਂ ਜੋ _____ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਲਿ ਰਹੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਬਹਿਤਰ ਬਣਾਉਣ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

1.2 ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੌਣ ਸਾਂਝੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ

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

- » ਸਹਿਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ।
- » ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕੀਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਓਪੀਐੱਡ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਰਹਿਾਇਸ਼ੀ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ।
- » ਭਾਈਚਾਰਾ-ਅਧਾਰਤ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਅਤੇ ਬੇਘਰ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ।
- » ਸਹਿਤ ਬੀਮਾ ਪਲੈਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ Medi-Cal ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪਲੈਨ ਅਤੇ ਵਕੀਲ 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: ਗੈਰ-AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਵਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ	ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)
-----------	--------------	-------------	--------------	--

1.3 ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀਆਂ ਕਸਿਮਾਂ

ਕਿਸ ਕਸਿਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ 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 ਵਕੀਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ 42 CFR ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ।
- » ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ।
- » ਬੰਧਕ ਅਤੇ ਵਕੀਲ ਸੰਬੰਧੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਜਾਣਕਾਰੀ।
- » HIV ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ।
- » ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ।
- » ਰਹਿਾਇਸ਼ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਰਹਿਾਇਸ਼ ਦੀ ਸਥਿਤੀ, ਇਤਹਾਸ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

ਉੱਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹਰੇਕ ਕਸਿਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਭਾਗ 2.1 ਵਿੱਚ ਮਲਿ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਸ ਕਸਿਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਦੇਣੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ 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 ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ:

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

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

- » ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਹੇਠਾਂ ਅਪਵਾਦ ਵੇਖੋ)।
- » ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕੀਲ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜੋ ਸੰਘੀ ਕਾਨੂੰਨ 42 CFR ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- » ਸਹਿਤ ਬੀਮਾ ਜਾਣਕਾਰੀ।

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

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਵਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ	ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਕਸ ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ 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 ਨਸ਼ੀਲੇ ਜਾਣਕਾਰੀ
3. ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ
4. ਬੌਧਿਕ ਅਤੇ ਵਕਾਸ ਸੰਬੰਧੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ
5. HIV ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ
6. ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ

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" 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" ਜਾਂ "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 ਵਿੱਚ 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 ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ। ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਵਧੇਰੇ ਆਸਾਨੀ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ।

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

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਕੇਸ਼ਨ 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 ਦਾਤੀ ਬੁਲੇਟ ਵੱਥ 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, ਫੌਜਦਾਰੀ, ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਕੀ ਅਤੇ ਵਧਿਅਕ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ।
- » ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਗ 2 ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਰਤੀ ਜਾਂ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਦਾਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਹੁਣ ਭਾਗ 2 ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰ ਸਕਦੀ ਜਾਂ ਉਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰ ਸਕਦੀ ਜਵਿੰ 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 ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਨਿ੍ਹਾਂ 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, ਜਸਿ ਵੱਥ 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: ਗੈਰ-AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲੀ ਨਾਮ	ਵਾਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ	ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਕਸ ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)
-----------	---------------	-------------	--------------	--

2. ਰਹਿਾਇਸ਼ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਨੌਜਵਾਨ 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 ਵਾਸਤੇ 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 ਨੌਜਵਾਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਾਸਤੇ 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

3. ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਹਾਡੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਸੰਬੰਧੀ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਾਸਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਭਾਈਚਾਰੇ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ, ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਨੁਸਖਿਆਂ ਦੇ ਵੇਰਵੇ, ਜਾਂ ਮੁਲਾਂਕਣ। ਇਸ ਵਾਸਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਸਿ ਰਾਜ ਜਾਂ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸੰਸਥਾ ਵਾਸਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਮਿਲੀ ਹੋਵੇ, ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਜੇਲ੍ਹ ਵਾਸਤੇ ਸੀ।

ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ: ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰਾਂ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਮਾਨਸਿਕ ਸਹਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

ਹਾਂ ਨਹੀਂ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

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

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ

ਵਾਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ

ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ

ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ

Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟਿਕਸ
ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)

4. ਬੌਧਿਕ ਅਤੇ ਵਕੀਲ ਸੰਬੰਧੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

- » ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਬੌਧਿਕ ਅਤੇ ਵਕੀਲ ਸੰਬੰਧੀ ਅਪਾਹਜਤਾ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਉਹ ਸਥਿਤੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਕਸਿ ਵਕੀਲਤੀ ਦੇ ਦਮਿਅਗ ਅਤੇ ਸਰੀਰ ਦੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 22 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਭਰ ਬਣੀਆਂ ਰਹਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਬੌਧਿਕ ਵਕੀਲਗਤਾਵਾਂ ਸਮਝਣ, ਸਮੱਸਿਆ ਹੱਲ ਕਰਨ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਚੁਣੌਤੀਪੂਰਨ ਬਣਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਵਕੀਲ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕੀਲਗਤਾਵਾਂ ਇੱਕ ਵਸ਼ਾਲ ਸਮੂਹ ਹਨ ਜੋ ਸਰੀਰਕ ਯੋਗਤਾਵਾਂ, ਸੋਚ, ਭਾਸ਼ਾ ਅਤੇ ਵਵਿਹਾਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਬੌਧਿਕ ਅਤੇ ਵਕੀਲ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕੀਲਗਤਾਵਾਂ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਣਾਂ ਵੱਧ ਔਟਜ਼ਿਮ, ਡਾਊਨ ਸਿੰਡਰੋਮ, ਸੇਰੇਬਰਲ ਪਾਲਸੀ ਅਤੇ ਮਰਿਗੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।
- » ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਕੀਲਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਕਈ ਵਾਰ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਕਸਿ ਵਕੀਲਤੀ ਦੀਆਂ ਮਾਨਤਾਵਾਂ, ਹੁਨਰ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਭਾਈਚਾਰਿਆਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦਾ। ਹਰ ਕੋਈ ਵਲਿੱਖਣ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹੁਨਰ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਵੱਖ-ਵੱਖ ਏਜੰਸੀਆਂ ਵਕੀਲਗਤਾ ਤੁਹਾਡੀ ਬੌਧਿਕ ਅਤੇ ਵਕੀਲ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕੀਲਗਤਾ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਰੇ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਪਤਾ ਹੋਵੇ।

ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ: ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਬੌਧਿਕ ਅਤੇ ਵਕੀਲ ਸੰਬੰਧੀ ਵਕੀਲਗਤਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

ਹਾਂ ਨਹੀਂ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

5. HIV ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ

ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਕਸਿ ਵੀ HIV ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਸਿ ਹੋਰ ਕੋਅਰ ਪਾਰਟਨਰ ਨਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਧਿ ਤੌਰ 'ਤੇ HIV-ਸਬੰਧਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ: ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ HIV ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

ਹਾਂ ਨਹੀਂ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

6. ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ

ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਤ ਬੀਮਾ ਪਲੈਨ, ਜਸਿ ਵੱਧ Medi-Cal ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਕਸਿ ਵੀ ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸਾਂਝੇ ਕਰ ਸਕੋ। ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾ ਟੈਸਟ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਕੁਝ ਜੈਨੇਟਿਕ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਜਾਂ ਸਹਿਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ: ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਸਾਂਝੇ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

ਹਾਂ ਨਹੀਂ / ਮੇਰੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ

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

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਵਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ	ਪਰਿਵਾਰਕ ਨਾਮ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਫਿਕੇਸ਼ਨ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)
-----------	--------------	-------------	--------------	---

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 ਇਜ਼ਾਜ਼ਤ ਵਾਪਸ ਲੈ ਲਓ।

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

ਹਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਦੇ 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। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਵਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ASCFI ਫਾਰਮ ਭਰ ਸਕਦੇ 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: ਗੈਰ-AB 133 (ਸੰਸਕਰਨ 2.0)

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ	ਵਾਚਿਕਾਰਲਾ ਨਾਮ	ਪਰਵਾਰਕ ਨਾਮ	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ	Medi-Cal ਕਲਾਇੰਟ ਇਡੈਂਟੀਕਸ ਨੰਬਰ (ਜਿਵੇਂ 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 ਵੀਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਤੁਹਾਡੇ ਦੇਖਭਾਲ ਸਾਂਝੀਦਾਰ, ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਭਾਗ 1.1 ਵੀਚ 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।
- » ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਉਮਰ ਕੀਨੀ ਵੀ ਕਉ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਤੁਸੀਂ ASCFI ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੇ (ਰਵਿਕੇਸ਼ਨ) ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵੀਚ ਕਸਿ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪਣਾ ਮਨ ਬਦਲ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਰਜ਼ਾਮਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

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