

ਮਿਤੀ:

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਇਹ ਭਾਗ ਕਾਉਂਟੀ ਪੂਰਾ ਕਰੇਗੀ)	
ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ:	ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ:
CLIENT INDEX NUMBER (CIN):	

ਸਤਿ ਸ੍ਰੀ ਅਕਾਲ ਜੀ, ਡਾ. \_\_\_\_\_  
 ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਆਪਣੇ ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋਠ ਲਿਖੇ ਵੇਰਵੇ ਪੂਰੇ ਭਰ ਕੇ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ \_\_\_\_\_ ਤੱਕ ਭੇਜ ਦਿਓ ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਡਾਕ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਕੇ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਪਤਾ ਲਿਖੇ ਲਿਫਾਫੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਮੁਤਾਬਕ ਇਹ ਫੈਕਸ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਵੀ ਭੇਜ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇਖੋ।

ਕਾਉਂਟੀ ਕਾਰਜਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਉਂਟੀ ਕਾਰਜਕਰਤਾ ਦਾ ਨਾਮ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਕਾਉਂਟੀ ਕਾਰਜਕਰਤਾ ਦੀ ਈਮੇਲ: \_\_\_\_\_

**ਜੀਵਨ-ਸਾਥੀ ਤਸਦੀਕ ਪ੍ਰਬੰਧਾਂ ਅਧੀਨ ਘਰ ਅਤੇ ਭਾਈਚਾਰਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਿਤਾਰਾ**  
 (Doctor's Verification for Home and Community Based Services Under Spousal Impoverishment Provisions)

ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ	
ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ:	ਮਿਤੀ:
ਟੈਲੀਫੋਨ:	ਈਮੇਲ:
ਮੇਰੀ ਪੜਤਾਲ ਮੁਤਾਬਕ, ਮੇਰੇ ਮਰੀਜ਼ _____ ਨੂੰ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ 30 ਦਿਨ ਲਗਾਤਾਰ ਨਰਸਿੰਗ ਸੁਵਿਧਾ ਪੱਧਰ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲੋੜ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਪਵੇਗੀ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਉਸਨੂੰ ਘਰੇ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਹੀਂ ਮਿਲ ਜਾਂਦੀਆਂ, ਜੋ ਉਸ ਨੂੰ ਘਰੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹਿਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨਗੀਆਂ। ਮੇਰੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਨਰਸਿੰਗ ਸੁਵਿਧਾ ਪੱਧਰ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ _____ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਈ ਸੀ, ਅਤੇ ਉਸੇ ਦਿਨ ਤੋਂ ਉਸ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ।	
ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਅਮਰੀਕਾ ਅਤੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਧੀਨ ਗਲਤ ਬਿਆਨ ਦੇਣ ਅਧੀਨ ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਡਾਕਟਰੀ ਤਸਦੀਕ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।	
ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:	

ਮਿਤੀ:

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ

ਮੈਂ, \_\_\_\_\_ ਅਧਿਕਾਰਤ ਡਾਕਟਰ \_\_\_\_\_ ਨੂੰ  
Medi-Cal ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਮੰਤਵ ਨਾਲ \_\_\_\_\_ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ  
ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

- ਮੈਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਮੰਤਵ ਲਈ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਮੁਤਾਬਕ ਆਪਣੀ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ ਤੇ ਪਛਾਣਣ ਯੋਗ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।
- ਮੈਨੂੰ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਅਜਿਹੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵੇਲੇ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ। ਰੱਦ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਅਜਿਹੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਵੇਗਾ ਜਿਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋ ਚੁੱਕਿਆ ਹੈ।
- ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਤੇ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਮਿਲਣ ਵਾਲੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ, ਯਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਸੰਭਵ ਨਾ ਹੋਵੇ।
- ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਇਸ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਰਿਕਾਰਡ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਹ ਅੱਗੇ ਵੀ ਇਸ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ, ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਇਸ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਮੇਰੇ ਤੋਂ ਹੋਰ ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਨਹੀਂ ਲਈ ਜਾਂਦੀ ਜਾਂ ਅਜਿਹਾ ਖੁਲਾਸਾ ਜੋ ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਕਾਨੂੰਨ ਅਧੀਨ ਆਗਿਆ ਦੇਵੇ ਜਾਂ ਲੋੜ ਹੋਵੇ।

ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਜੇਕਰ ਦਸਤਖਤ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਹਨ, ਜੋ ਇਸ ਖੁਲਾਸੇ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਮਰੀਜ਼ ਹੈ, ਮੰਨਜ਼ੂਰੀ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦਾ ਆਧਾਰ ਦੱਸੋ:

- ਨਾਬਾਲਗ ਦੇ ਮਾਪੇ     ਸਰਪ੍ਰਸਤ     ਜੀਵਨਸਾਥੀ     ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ

ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ ਸਮਝਾਓ ਅਤੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਕਿਉਂ ਹੈ: \_\_\_\_\_

ਗਵਾਹ: ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਜਾਣਦਾ/ਜਾਣਦੀ ਹਾਂ ਜਾਂ ਮੈਂ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਾਲ ਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹਾਂ: (ਹਸਤਾਖਰ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਜੇਕਰ ਦਸਤਖਤ "X", ਗੈਰਵਾਜਬ ਜਾਂ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਅੱਖਰ ਹਨ)

ਗਵਾਹ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_ ਸ਼ਹਿਰ/ਜ਼ਿੱਪ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_

This general and special authorization to disclose information has been developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical and other information under: The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262(a), 42 U.S.C, Section 1320d-1320d-8 (45 CFR Part 164); 42 U.S.C., Section 290dd-2 (42 CFR Part 2); 38 U.S.C., Section 7332; 20 U.S.C., Section 1232g (34 CFR Parts 99 and 300); and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Section 10850 and 14100.2 and Civil Code, Sections 1798-1798.78.