State of California – Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

ਸਿਰਫ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ

ਨੋਟਿਸ ਤਾਰੀਕ: ____________________
ਕੇਸ ਨੰਬਰ: ____________________
ਵਰਕਰ ਦਾ ਨਾਮ: ____________________
ਵਰਕਰ ਦਾ ID ਨੰਬਰ: ____________________
ਵਰਕਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: ____________________
ਦਫ਼ਤਰੀ ਘੰਟੇ: ____________________
ਦਫਤਰ ਦਾ ਪਤਾ: ____________________

Medi-Cal ਲਈ ਵਾਧੂ ਆਮਦਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਬੇਨਤੀ

ਤੁਹਾਡੀ Medi-Cal ਪਾਤਰਤਾ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਤੱਕ ਹਾਸਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ: ____________________

ਅਸੀ ਉਸ ਆਮਦਨ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੇ ਜਿਸ ਨੂੰ ਕਿ Medi-Cal ਲਈ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ____

ਅਜਿਹਾ ਇਸ ਲਈ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਸਾਡੇ ਇਲੈਕਟਰੋਨਿਕ ਸਰੋਤ, ਜਿਵੇਂਕਿ ਟੈਕਸ ਰਿਕਾਰਡ ਇਕ ਅਲੱਗ ਆਮਦਨ ਰਾਸ਼ੀ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਆਮਦਨ ਕਿਉਂ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦੀ, ਇਹ ਸਮਝਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਆਮਦਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਬਦਲੀ ਹੈ ਜਾਂ ਮਹੀਨਾ ਦਰ ਮਹੀਨਾ ਬਦਲਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਇਕ ਕਾਰਨ ਚੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਕਾਰਨ

ਜੇਕਰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਰਨ ਤੁਹਾਡੇ ’ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਕ ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ ਨੂੰ ਚੁਣੋ ਅਤੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਸਾਡੇ ਡੈਟਾ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਅਲੱਗ ਕਿਉਂ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਵੀ ਕਾਰਨ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਅੰਤਿਮ ਬੋਕਸ ਨੂੰ ਚੈੱਕ ਕਰੋ। ਫਿਰ ਹੇਠਾਂ **ਅਗਲੇ ਪੜਾਅ** ਪੜ੍ਹੋ।

ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਵ

- ☐ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹਾਨੀ
- ☐ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ
- ☐ ਉਤਾਰ-ਚੜਾਅ ਵਾਲੀ ਆਮਦਨ (ਮਹੀਨਾ ਦਰ ਮਹੀਨਾ ਬਦਲਦੀ ਹੈ)
- ☐ ਘੰਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਮੀ
- ☐ ਮੌਸਮੀ ਆਮਦਨ (ਆਮਦਨ ਸਾਲ ਦੇ ਇਕ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਹਾਸਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ)
- ☐ ਕਮਿਸ਼ਨ ’ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨਾ (ਵਿਕਰੀ ’ਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਤਨਖਾਹ)

ਗਰ੍ਹਿਸਤ ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਵ

- ☐ ਵਿਆਹ
- ☐ ਤਲਾਕ

ਜੀਵਨ ਦੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ

- ☐ ਪਛਾਣੀ ਗਈ ਚੋਰੀ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ
- ☐ ਘਰੇਲੂ ਹਿੰਸਾ
- ☐ ਕੁਦਰਤੀ ਆਫਤ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ
- ☐ ਬੇਘਰ

ਹੋਰ

- ☐ ਟੈਕਸ ਨਹੀ ਭਰਿਆ
- ☐ ਹਾਲੇ ਤੱਕ ਟੈਕਸ ਨਹੀ ਭਰਿਆ
- ☐ ਹੋਰ: ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਹੇਠਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰੋ (ਸਾਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ):

- ☐ ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਕਾਰਨ ਲਾਗੂ ਨਹੀ ਹੁੰਦਾ

ਅਗਲੇ ਕਦਮ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਇਸ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇਕ ਵਿੱਚ ਜਮਾਂ ਕਰੋ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀ "ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਕਾਰਨ ਲਾਗੂ ਨਹੀ ਹੁੰਦਾ" ਨੂੰ ਚੈੱਕ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਬੋਕਸ ਨੂੰ ਚੈੱਕ ਨਹੀ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਆਮਦਨ ਦਾ ਪਰ੍ਮਾਣ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰੋ। ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਨਾਲ ਮਿਲਿਆ ਦੂਸਰਾ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਆਮਦਨ ਪਰ੍ਮਾਣ ਦੀ ਕਿਉਂ ਲੋੜ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪਰ੍ਮਾਣ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਹਾਡਾ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਤੁਹਾਡੀ Medi-Cal ਪਾਤਰਤਾ ਦੀ ਮੁੜ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ, ਤਾਂ ਉਹ ਫਿਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਗੇ।

ਇਸ ਫਾਰਮ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਦੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਪਰ੍ਮਾਣ ਨੂੰ ਜਮਾਂ ਕਰਨ ਦੇ ਆਸਾਨ ਤਰੀਕੇ:

ਮੇਲ:	**ਔਨਲਾਈਨ:**	**ਨਿੱਜੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ:**	**ਫੋਨ:**
ਉਸ ਲਿਫਾਫੇ ਵਿੱਚ ਜਿਹੜਾ ਇਸ ਪੱਤਰ ਦੇ ਨਾਲ ਆਇਆ ਹੈ।	www.coveredca.com ਜਾਂ www.benefitscal.com 'ਤੇ		

ਸਵਾਲ?

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਤੁਸੀ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤਾ ਹੋਇਆ ਪਰ੍ਮਾਣ ਪਰ੍ਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਨਿੱਜਤਾ ਨੋਟਿਸ

ਇਸ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਹੈ। Department of Health Care Services (DHCS) ਨੂੰ ਮੈਡੀਕਲ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। DHCS ਤੁਹਾਡੀ ਅਨੁਮਤੀ ਤੋਂ ਬਗੈਰ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਮਤੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਜਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਸਾਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਮੰਗੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਨੂੰ ਪਰ੍ਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਆਮਦਨ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ, ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੂੰ ਐਕਸੈੱਸ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।

DHCS 42 CFR § 435.952 ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ। ਇੱਥੇ ਪਰ੍ਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਇਹ ਗੁਪਤਤਾ ਸੂਚਨਾ California ਸਿਵਿਲ ਕੋਡ 1798.17 ਦੁਆਰਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।