

Hearing Aid Coverage for Children Program

ਸਲਾਨਾ ਯੋਗਤਾ ਸਮੀਖਿਆ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ

ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ Department of Health Care Services (DHCS) Hearing Aid Coverage for Children Program (HACCP) ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ, ਇਸ ਸਾਲਾਨਾ ਯੋਗਤਾ ਸਮੀਖਿਆ (AER) ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਇਹ ਫਾਰਮ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅੰਦਰੂਨੀ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰਿਕਾਰਡ ਰੱਖਣ ਲਈ ਸੰਭਾਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

Family Member Number: _____ ਜਾਂ HACCP ਨੰਬਰ: _____

1. ਮੁਢਲਾ ਸੰਪਰਕ

ਜੇਕਰ DHCS ਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਬਾਲਗ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ। ਇਹ ਅਜਿਹਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ:

- ਮੈਂਬਰ (ਜੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਮੁਕਤ ਹੋਇਆ ਨਾਬਾਲਗ)
- ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਜੇ ਮੈਂਬਰ ਮੁਕਤ ਹੋਇਆ ਨਾਬਾਲਗ ਨਹੀਂ ਹੈ)
- ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ (ਅਜਿਹਾ ਵਿਅਕਤੀ ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਦੇਖਣ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਨਾਮਾਂਕਣ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫ਼ੋਂ DHCS ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ)

ਹੇਠਾਂ ਵਿਕਲਪ A ਜਾਂ B ਭਰੋ। ਵਿਕਲਪ B ਲਈ ਇੱਕ ਹਸਤਾਖਰ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

☐ A) ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਸੰਪਰਕ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹਨ:

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਸੰਪਰਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਮੱਧ ਨਾਮ, ਆਖਰੀ ਨਾਮ)

☐ B) ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਸੰਪਰਕ ਇੱਕ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਹੈ:

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਮੱਧ ਨਾਮ, ਆਖਰੀ ਨਾਮ)

ਪਤਾ (ਨੰਬਰ ਅਤੇ 4ਗਲੀ)	ਸ਼ਹਿਰ	ਕਾਉਂਟੀ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
---------------------	-------	--------	-----	----------

ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ AER ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ, ਆਪਣੀ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਬਾਰੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ, ਅਤੇ DHCS ਨਾਲ ਭਵਿੱਖ ਦੇ HACCP ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਬਦਲ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ (ਜੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਜਾਂ ਮੁਕਤ ਹੋਇਆ ਨਾਬਾਲਗ) ਜਾਂ ਮਾਤਾ - ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਜੇ ਮੁਕਤ ਨਾ ਹੋਇਆ ਨਾਬਾਲਗ)	ਮੈਂਬਰਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧ (ਖੁਦ, ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ)	ਮਿਤੀ
--	--	------

2. ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਅ ਹੋਇਆ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਲਾਗੂ ਖੇਤਰ(ਰਾਂ) ਨੂੰ ਭਰੋ।

ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਗਲੀ)	ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇ ਘਰ ਦੇ ਪਤੇ ਤੋਂ ਵੱਖਰਾ ਹੋਵੇ)
ਸ਼ਹਿਰ	ਸ਼ਹਿਰ
ਕਾਉਂਟੀ	ਕਾਉਂਟੀ
ਰਾਜ	ਰਾਜ
ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਸੰਪਰਕ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ	ਈ - ਮੇਲ

3. HACCP ਮੈਂਬਰ

HACCP ਵਿੱਚ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਬੱਚੇ ਜਾਂ ਨੌਜਵਾਨ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਅੱਪਡੇਟ ਕਰੋ। (ਜੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਦੋ ਤੋਂ ਵੱਧ HACCP ਮੈਂਬਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਾਗਜ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸ਼ੀਟ ਉੱਤੇ ਵਾਧੂ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ।)

ਮੈਂਬਰ 1: ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ, ਆਖਰੀ ਨਾਮ)

ਕੀ ਇਸ ਮੈਂਬਰ ਕੋਲ ਇਸ ਵੇਲੇ **Medi-Cal** ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

ਕੀ ਇਸ ਮੈਂਬਰ ਕੋਲ **California Children's Services (CCS)** ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਨ ਦੇ ਸਾਧਨਾਂ ਲਈ ਇਸ ਵੇਲੇ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

ਕੀ ਇਸ ਮੈਂਬਰ ਕੋਲ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ ਨੋਟਿਸ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਦੇ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਸਬੂਤ (EOC) ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।

ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਕੌਣ ਹੈ? _____ ਪਲੈਨ/ਮੈਂਬਰ ID? _____

ਮੁਢਲੇ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ? _____ ਕੀ ਇਹ ਪਲੈਨ ਸੁਣਨ ਵਾਲੇ ਸਾਧਨਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

ਮੈਂਬਰ 2: ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ, ਆਖਰੀ ਨਾਮ)

ਕੀ ਇਸ ਮੈਂਬਰ ਕੋਲ ਇਸ ਵੇਲੇ **Medi-Cal** ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

ਕੀ ਇਸ ਮੈਂਬਰ ਕੋਲ **California Children's Services (CCS)** ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਸੁਣਨ ਦੇ ਸਾਧਨਾਂ ਲਈ ਇਸ ਵੇਲੇ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

ਕੀ ਇਸ ਮੈਂਬਰ ਕੋਲ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰੇਜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਵਰੇਜ ਨੋਟਿਸ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਲ ਦੇ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਸਬੂਤ (EOC) ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।

ਬੀਮਾਕਰਤਾ ਕੌਣ ਹੈ? _____ ਪਲੈਨ/ਮੈਂਬਰ ID? _____

ਮੁਢਲੇ ਬੀਮਾ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ? _____ ਕੀ ਇਹ ਪਲੈਨ ਸੁਣਨ ਵਾਲੇ ਸਾਧਨਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

4. ਕੀ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਅ ਆਇਆ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਾ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਜਾਂ ਨੌਜਵਾਨਾਂ, ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਮਤਰੇਏ ਮਾਂ-ਬਾਪ, ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਦੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਜਾਂ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਵਾਧਾ, ਘਾਟਾ, ਜਾਂ ਅੱਪਡੇਟ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ। ਮਾਸੀ, ਚਾਚੇ, ਭਤੀਜੀਆਂ, ਭਤੀਜੇ, ਜਾਂ ਦਾਦਾ-ਦਾਦੀ ਨੂੰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਾ ਕਰੋ।

ਬਦਲਾਵ	ਘਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਮੱਧ, ਆਖਰੀ)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ	ਮੈਂਬਰ ਰਾ ਨਾਲ ਸਬੰਧ	ਕੀ ਇਹ ਵਿਅਕਤੀ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਨੌਕਰੀ ਕਰਦਾ ਹੈ?
<input type="checkbox"/> ਐਡ ਕਰੋ <input type="checkbox"/> ਹਟਾਉ <input type="checkbox"/> ਅੱਪਡੇਟ ਕਰੋ			<input type="checkbox"/> ਮਾਪੇ <input type="checkbox"/> ਮਤਰੇਏ ਮਾਪੇ <input type="checkbox"/> ਬੱਚਾ <input type="checkbox"/> ਮਤਰੇਏ ਬੱਚੇ <input type="checkbox"/> ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ – ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਸੈਕਸ਼ਨ 5 ਵਿੱਚ ਆਮਦਨ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। <input type="checkbox"/> ਨਾ
<input type="checkbox"/> ਐਡ ਕਰੋ <input type="checkbox"/> ਹਟਾਉ <input type="checkbox"/> ਅੱਪਡੇਟ ਕਰੋ			<input type="checkbox"/> ਮਾਪੇ <input type="checkbox"/> ਮਤਰੇਏ ਮਾਪੇ <input type="checkbox"/> ਬੱਚਾ <input type="checkbox"/> ਮਤਰੇਏ ਬੱਚੇ <input type="checkbox"/> ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ _____	<input type="checkbox"/> ਹਾਂ – ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਸੈਕਸ਼ਨ 5 ਵਿੱਚ ਆਮਦਨ ਦੇ ਵੇਰਵੇ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। <input type="checkbox"/> ਨਾ

5. ਆਮਦਨ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਹਾਲੀਆ ਆਮਦਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ।

ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ	ਇਸ ਆਮਦਨ ਦਾ ਸਰੋਤ ਕੀ ਹੈ? (ਉਦਾਹਰਨ: ਨੌਕਰੀ ਤੋਂ ਕਮਾਈ, ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ, ਹੋਰ)	ਕੁੱਲ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਰਕਮ (ਜੇਕਰ ਸਵੈ-ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਹੈ, ਤਾਂ ਸ਼ੁੱਧ ਆਮਦਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਿਖੋ)	ਆਮਦਨ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ?
		\$	<input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਦੋ-ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਅਰਧ-ਮਾਸਿਕ <input type="checkbox"/> ਸਾਲਾਨਾ
		\$	<input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਦੋ-ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਅਰਧ-ਮਾਸਿਕ <input type="checkbox"/> ਸਾਲਾਨਾ
		\$	<input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਦੋ-ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਅਰਧ-ਮਾਸਿਕ <input type="checkbox"/> ਸਾਲਾਨਾ
		\$	<input type="checkbox"/> ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਦੋ-ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ <input type="checkbox"/> ਮਹੀਨਾਵਾਰ <input type="checkbox"/> ਅਰਧ-ਮਾਸਿਕ <input type="checkbox"/> ਸਾਲਾਨਾ

6. ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ।**ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨੋਟਿਸ**

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਮਾਂਕਣ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਜਾਂ ਨਵਿਆਉਣ ਲਈ HACCP ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਅਤੇ ਇਸ ਲਈ ਇਕੱਤਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਗੁਪਤ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ DHCS ਦੁਆਰਾ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਕੇ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਹੋਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਹੋ ਸਕੇ। DHCS ਵਲੋਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਇਕੱਠੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰੋਕਟਿਸ ਐਕਟ (IPA), ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਪੋਰਟੇਬਿਲਟੀ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਐਕਟ (HIPAA), ਅਤੇ ਹੋਰ ਰਾਜ ਨੀਤੀ ਦੀਆਂ ਸੀਮਾਵਾਂ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੈ। DHCS ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਇਹ ਸੰਬੰਧਤ ਹੈ, ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨਾ ਹੋਵੇ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਉਹ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਜਿਸਦੀ ਬੇਨਤੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ HACCP ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਮਾਂਕਣ ਨੂੰ ਵਧਾ ਜਾਂ ਨਵਿਆ ਨਹੀਂ ਸਕਾਂਗੇ। DHCS ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਜਾਂ ਇਸ ਲਈ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੂਜੇ ਰਾਜ, ਸੰਘੀ, ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਏਜੰਸੀਆਂ (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਕਾਉਂਟੀ ਵਿੱਚ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਕਾਉਂਟੀ ਵਿਭਾਗ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਿਅਕਤੀ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ), ਠੇਕੇਦਾਰਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ (ਆਂ) ਨਾਲ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੰਬੰਧਤ ਹੈ, ਨੂੰ ਇਸ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਜਾਂ DHCS ਦੁਆਰਾ ਬਣਾਈ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਲੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, HACCP ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

DHCS 2022 ਦੇ ਬਜਟ ਐਕਟ [ਅਸੈਂਬਲੀ ਬਿੱਲ 179 (ਅਧਿਆਇ 249, 2022 ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ)] ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੈ। DHCS ਨੂੰ HACCP ਅਤੇ Medi-Cal ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। DHCS ਦੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਭਿਆਸਾਂ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>
ਅਤੇ <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Privacy.aspx> 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ DHCS ਦੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦੀ ਕਾਗਜ਼ੀ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਡਾਕ, ਈਮੇਲ, ਜਾਂ ਟੈਲੀਫੋਨ ਦੁਆਰਾ DHCS ਦੀ ਡੇਟਾ ਪ੍ਰਾਈਵੇਸੀ ਯੂਨਿਟ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

Privacy Office

c/o: Data Privacy Unit

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 4722

Sacramento, CA 95899-7413

ਈਮੇਲ: incidents@dhcs.ca.gov

ਟੈਲੀਫੋਨ: (916) 445-4646

ਇੱਥੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨੋਟਿਸ California ਸਿਵਲ ਕੋਡ 1798.17 ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ।

ਘੋਸ਼ਣਾ ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੋ ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਕਿਹਾ ਹੈ ਉਹ ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

- ਮੈਂ ਇਸ HACCP AER ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਿਆ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ।
- ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚੀ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਸੰਪੂਰਨ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਹਾਲੀਆ ਆਮਦਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਪਲੈਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਲਾਜ਼ਮੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣੇ ਹੋਣਗੇ ਤਾਂ ਜੋ ਮੇਰੇ ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਗੈਰੀਓ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ।

ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ (ਜੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 18 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦਾ ਜਾਂ ਇੱਕ ਮੁਕਤ ਨਾਬਾਲਗ ਹੋਵੇ) ਜਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਜੇ ਨਾਬਾਲਗ ਮੁਕਤ ਨਹੀਂ ਹ) ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ	ਮੈਂਬਰ ਰਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧ (ਖੁਦ, ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ)	ਮਿਤੀ
---	--	------