

Health Insurance Premium Payment ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ

(ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵੇਖੋ)

ਕਦਮ 1: ਪਹਿਲਾਂ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸੋ ਕਿ Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program ਲਈ ਕੌਣ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ

1. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰੋ	2. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਦਰਜ ਕਰੋ	3. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਦਰਜ ਕਰੋ
4. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ ਦਰਜ ਕਰੋ	ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਪਤੇ ਦਾ ਸ਼ਹਿਰ ਦਰਜ ਕਰੋ	ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਪਤੇ ਦਾ ਰਾਜ ਦਰਜ ਕਰੋ
		ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਪਤੇ ਦਾ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ਦਰਜ ਕਰੋ

ਕਦਮ 2: ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

5. ਬੀਮਾ ਕੋਰੀਅਰ ਦਾ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰੋ	6. ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਮਿਤੀ ਦਰਜ ਕਰੋ
7. ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਬਿਲਿੰਗ ਪਤਾ ਦਰਜ ਕਰੋ, ਜਿੱਥੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ	ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਬਿਲਿੰਗ ਪਤੇ ਦਾ ਸ਼ਹਿਰ ਦਰਜ ਕਰੋ
	ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਬਿਲਿੰਗ ਪਤੇ ਦਾ ਰਾਜ ਦਰਜ ਕਰੋ
	ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਬਿਲਿੰਗ ਪਤੇ ਦਾ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ਦਰਜ ਕਰੋ
8. ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ ਦਰਜ ਕਰੋ	9. ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਰਕਮ ਦਰਜ ਕਰੋ
	10. ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਤਹਿਤ ਕਵਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਸੰਖਿਆ ਦਰਜ ਕਰੋ _____
11. ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦਾ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰੋ	12. ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਦਾ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਦਰਜ ਕਰੋ

ਕਦਮ 3: HIPP ਯੋਗਤਾ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ

13. ਕੀ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ? ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐	14. ਕੀ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ ਕਿਸੇ Medi-Cal Managed Care Plan ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ? ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਅਣਜਾਣ ☐
15. ਕੀ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਅਦਾਲਤ ਵਲੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਬੀਮਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦਾ ਹੁਕਮ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ? ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐	16. ਕੀ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ Medicare ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ? ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐
17. ਕੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੇ ਲਈ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ ਪੂਰਾ ਰੀਇੰਬਰਸਮੈਂਟ ਹੈ? ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐	18. ਜੇਕਰ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੇ ਉਹੀ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਬਣਾਈ ਰੱਖੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੋਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ Medi-Cal ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ? ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐

ਜੇਕਰ ਸਵਾਲਾਂ 14, 15, 16, ਜਾਂ 17 ਦਾ ਜਵਾਬ, ਹਾਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ HIPP program ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਸਵਾਲ 13 ਜਾਂ 18 ਦਾ ਜਵਾਬ, ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ HIPP program ਵਾਸਤੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਯੋਗਤਾ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਸਵਾਲਾਂ ਵਾਸਤੇ DHCS ਨਾਲ HIPP@dhcs.ca.gov ਜਾਂ

(916) 445-8322 ਉੱਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਸ਼ਰਤ ਦੇ ਵਜੋਂ, ਸਾਰੇ Medi-Cal ਦੇ ਲਾਭਪਾਤਰੀ, Medi-Cal program ਨੂੰ ਡਾਕਟਰੀ ਬੀਮੇ, ਸਹਾਇਤਾ, ਜਾਂ ਫਿਰ ਹੋਰ ਤੀਜੀ-ਪਾਰਟੀ ਦੀਆਂ ਅਦਾਇਗੀਆਂ ਦੇ ਹੱਕ ਸੌਂਪਣਗੇ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਅਦਾਇਗੀਆਂ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ California Department of Health Care Services ਦੇ ਨਾਲ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨਗੇ। ਲਾਭਾਂ ਵਾਸਤੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸਪੁਰਦ ਕਰਨਾ ਸਿਰਫ Medi-Cal program ਵੱਲੋਂ ਅਦਾ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਹੀ ਯੋਗ ਹੈ। ਡਾਕਟਰੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਸਪੁਰਦਗਿਰੀ California Department of Health Care Services ਨੂੰ ਉਸ ਸਮੇਂ ਹੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ ਜਾਂ ਫੰਡਾਂ ਤੋਂ ਫੰਡਾਂ ਦੀ ਵਸੂਲੀ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ ਜਦ Medi-Cal program ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਾਸਤੇ ਅਦਾਇਗੀ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਾਸਤੇ ਬਿੱਲ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਵਾਸਤੇ ਲਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਸੀ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ ਕਿ Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a) ਦੀ ਤਾਮੀਲ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਟੀ ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ, ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ, ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾਵਾਂ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਕਾਊਂਟੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀ ਹੱਦ ਦਾ ਨਿਰਣੈ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। Welfare and Institutions Code, Section 14100.2 ਦੇ ਤਹਿਤ, ਸੌਂਪੀ ਗਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗੋਪਨੀਯ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਸਿਰਫ Medi-Cal program ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨ ਦੇ ਮਕਸਦ ਵਾਸਤੇ ਲੋੜ ਪੈਣ ਉੱਤੇ ਹੀ ਜਾਹਿਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਣ: “ਮੈਂ ਏਥੇ California Department of Health Care Services ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਲੋੜ ਪਵੇ, ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਵਲੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਡਾਕਟਰੀ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਵਾਸਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਲਾਭਾਂ ਦੇ ਸਮੇਤ, ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਨੂੰ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ California Department of Health Care Services ਲਗਾਤਾਰਤਾ ਵਿੱਚ ਕਵਰੇਜ ਦੇ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇਗਾ।”

19. ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਦਰਜ ਕਰੋ

ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਮਿਤੀ ਦਰਜ ਕਰੋ

Health Insurance Premium Payment ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦੇ ਲਈ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

Health Insurance Premium Payment ਬੇਨਤੀ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ ਅੱਗੇ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

1. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਦਾਖਲ ਕਰੋ।
2. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨੌ-ਅੰਕਾਂ ਦਾ ਸੋਸ਼ਲ ਸਕਿਓਰਟੀ ਨੰਬਰ ਦਾਖਲ ਕਰੋ।
3. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਪੂਰੇ ਦਿਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਦਾਖਲ ਕਰੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਖੇਤਰੀ ਕੋਡ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ।
4. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਪੂਰਾ ਗਲੀ ਸਮੇਤ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ, ਸੂਬਾ ਅਤੇ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ਦਾਖਲ ਕਰੋ।
5. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਦਾਖਲ ਕਰੋ।
6. ਆਈਟਮ 5 ਅਤੇ 8 ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਮਿਤੀ ਦਰਜ ਕਰੋ।
7. ਪੂਰੀ ਗਲੀ ਦੇ ਸਮੇਤ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ, ਸੂਬਾ, ਅਤੇ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ਦਾਖਲ ਕਰੋ ਜਿਥੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦਾ ਹਰੇਕ ਭੁਗਤਾਨ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਡਾਕ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜਦਾ ਹੈ।
8. ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਨੰਬਰ ਦਰਜ ਕਰੋ।
9. ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਦੀ ਕੁੱਲ ਮਹੀਨਾਵਾਰ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਦੀ ਰਕਮ ਦਾਖਲ ਕਰੋ।
10. ਆਈਟਮ 5 ਅਤੇ 8 ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਸੰਖਿਆ ਦਰਜ ਕਰੋ।
11. ਆਈਟਮਾਂ 5 ਅਤੇ 8 ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਦਾਖਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਬੀਮਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ।
12. ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਦਾ ਨੌ-ਅੰਕਾਂ ਦਾ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ ਦਰਜ ਕਰੋ।

13. ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਬਕਸੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਕੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਬਿਨੈਕਾਰ ਮੌਜੂਦਾ ਘੜੀ ਵਿੱਚ **Medi-Cal** ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
14. ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਬਕਸੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਕੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਬਿਨੈਕਾਰ ਮੌਜੂਦਾ ਘੜੀ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ **Medi-Cal Managed Care Plan** ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
15. ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਬਕਸੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਕੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਬੀਮਾਧਾਰਕ ਅਦਾਲਤ ਵਲੋਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਲਈ ਬੀਮਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦਾ ਆਦੇਸ਼ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
16. ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਬਕਸੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਕੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਮੌਜੂਦਾ ਘੜੀ ਵਿੱਚ **Medicare** ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
17. ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਬਕਸੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਕੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਪਾਲਿਸੀਧਾਰਕ, ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮਾਂ ਦੇ ਲਈ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰੀਇੰਬਰਸਡ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
18. ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਬਕਸੇ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਕੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਹਾਲੇ ਵੀ ਉਸ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਉਹ **Medi-Cal** ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣ ਸਮੇਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਇਆ ਸੀ।
19. ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਉਸ ਵਕਤ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਦਰਜ ਕਰੋ।

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਇਸ ਪਤੇ ਤੇ ਭੇਜੋ: Department of Health Care Services, HIPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422. ਜੇਕਰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, (916) 445-8322 ਉੱਤੇ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ 8:00 a.m. – 5:00 p.m., ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ।