

**Coronavirus (COVID-19) जाँच के खर्चों के कवरेज के लिए आवेदन**

यह आवेदन पूरा करके खास coronavirus (COVID-19) की जाँच, जाँच-संबंधी और इलाज के खर्चों के भुगतान में मदद प्राप्त करें।

यदि आप इस आवेदन के उपयोग से योग्य पाए जाते हैं, तो स्वास्थ्य कवरेज सिर्फ coronavirus के लिए चिकित्सा जाँचों का भुगतान करेगा।

यह देखने के लिए कि क्या आप Medi-Cal या Covered California के माध्यम से अन्य स्वास्थ्य देखभाल लाभों और सेवाओं के लिए योग्य हैं, आपको [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) पर एक संपूर्ण आवेदन पूरा करना चाहिए।

|   |                     |  |                          |
|---|---------------------|--|--------------------------|
| 1. पहला नाम   | 2. मध्य नाम         | 3. अंतिम नाम                             | 4. प्रत्यय (यदि लागू है) |
| 5. लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला  |                     | 6. जन्म तिथि (MM/DD/YYYY):               |                          |
| 7. California में रहते हैं? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं  |                     | 8. जिस काउंटी में रहते हैं?              |                          |
| 9. <input type="checkbox"/> यदि बेघर हैं, तो बॉक्स में सही का निशान डालें और नीचे डाक पता फील्ड में हमें बताएँ जहाँ हम आपसे संपर्क कर सकते हैं  |                     |  |                          |
| 10. घर का पता (नंबर और सड़क)  |                     |  | अपार्टमेंट #             |
| शहर   | राज्य               |  | ज़िप                     |
| 11. डाक पता (यदि घर के पते से अलग है)   |                     |  | अपार्टमेंट #             |
| शहर   | राज्य               |  | ज़िप                     |
| 12. सर्वश्रेष्ठ संपर्क नंबर   | 13. दूसरा फ़ोन नंबर | 14. ईमेल पता                             |                          |
| 15. आप कौन-सी भाषा सबसे अच्छी बोलते हैं?  |                     | 16. आप कौन-सी भाषा सबसे अच्छा पढ़ते हैं? |                          |
| 17. Social Security नंबर (SSN): _____   |                     |  |                          |
| <p>यदि आपके पास Social Security नंबर (SSN) है, तो अपने लिए स्वास्थ्य कवरेज के लिए आवेदन करते समय आपको वह अवश्य प्रदान करना होगा। हम Social Security नंबरों (SSNs) के उपयोग से आपकी आय और दूसरी जानकारी की जाँच करके देखते हैं कि क्या आप स्वास्थ्य कवरेज के भुगतान हेतु मदद पाने के लिए योग्य हैं। यदि आप कवरेज के लिए आवेदन कर रहे हैं और आपके पास SSN नहीं है और आपको इसे पाने में मदद चाहिए, तो <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> पर जाएँ। SSN न होने पर भी आप किसी कवरेज के लिए योग्य हो सकते हैं। अधिक जानकारी के लिए Medi-Cal हेल्पलाइन को (800) 541-5555 पर कॉल करें।</p> |                     |  |                          |
| 18. क्या आप यूएस नागरिक या राष्ट्रीय हैं? यदि हाँ, तो 19 पर जाएँ। यदि नहीं, तो सीधा 20 पर जाएँ। <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं  |                     |  |                          |

|   |   |
|---|---|
| 19. क्या आप देशीकृत या व्युत्पन्न नागरिक हैं? यदि हाँ, तो a या b को पूरा करें और सीधा 21 पर जाएँ। यदि नहीं, तो सीधा 21 पर जाएँ। <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं  |   |
| a. Alien Number/USCIS Number:   | b. देशीकरण/नागरिक नंबर:   |
| 20. यदि आप यूएस नागरिक या राष्ट्रीय नहीं हैं, तो क्या आपके पास योग्य अप्रवास स्थिति है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं<br>यदि हाँ, तो दस्तावेज़ प्रकार डालें और नीचे वह सारी जानकारी प्रदान करें जो आप पर लागू होती है। |   |
| a. अप्रवास दस्तावेज़ का प्रकार:   | b. अप्रवास स्थिति (वैकल्पिक):   |
| c. नाम जैसा आपके अप्रवास दस्तावेज़ में दिया गया है:   |   |
| d. Alien Number/USCIS Number:   | e. I-94 नंबर:   |
| f. पासपोर्ट नंबर  | g. जारीकर्ता देश:   |
| h. SEVIS ID:  | i. अन्य (कार्ड नंबर या वीसा नंबर):  |
| 21. क्या फ़िलहाल आपके पास Medicare है?<br><input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं  | 22. क्या आपके पास फिलहाल कोई दूसरा स्वास्थ्य बीमा है?<br><input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं |

## आपके अधिकार और ज़िम्मेदारियाँ

- मुझे मालूम है कि संघीय कानून के तहत, DHCS लिंग, जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, आयु, मानसिक अक्षमता, शारीरिक अक्षमता, चिकित्सा स्थिति, आनुवांशिक जानकारी, वैवाहिक स्थिति, लिंग-भेद, लिंग पहचान, यौन अभिविन्यास या संघीय या राज्य नागरिक अधिकार-संबंधी कानूनों द्वारा संरक्षित किसी अन्य आधार पर गैर कानूनी रूप से भेदभाव नहीं करता है।
- शिकायतें Office of Civil Rights, Department of Health Care Services को (916) 440-7370 पर कॉल करके या P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 को लिखित पत्र-व्यवहार से, या [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) पर ईमेल भेजकर दर्ज कराई जा सकती हैं।
- मुझे मालूम है कि इस फॉर्म पर दी गई जानकारी का उपयोग स्वास्थ्य कवरेज के लिए योग्यता निर्धारण हेतु, कवरेज के भुगतान में मदद हेतु, और उन कार्यक्रमों के कानूनी प्रयोजनों के लिए किया जाएगा जो कवरेज के भुगतान में मदद करते हैं।
- यदि इस आवेदन में शामिल किया गया कोई व्यक्ति Medi-Cal के लिए योग्य है, तो मैं California Department of Health Care Services को अन्य स्वास्थ्य बीमा, कानूनी समझौतों, या अन्य तृतीय पक्षों का अनुसरण करने और उनसे धन प्राप्त करने के हमारे अधिकार देता/देती हूँ।
- COVID-19 की जाँच, जाँच-संबंधी और इलाज के खर्चों के कवरेज के भुगतान में मदद प्राप्त करने हेतु आपकी योग्यता की जाँच करने के लिए हमें इस आवेदन में प्रदान की गई जानकारी की आवश्यकता है। हम हमारे इलेक्ट्रॉनिक डेटाबेस और Social Security और Department of Homeland Security के डेटाबेस में मौजूद जानकारी के उपयोग से आपके जवाबों की जाँच करेंगे। यदि जानकारी मेल नहीं खाती है, तो हम आपसे अधिक जानकारी भेजने के लिए कह सकते हैं।
- मेरे पास यह जानने का अधिकार है कि मेरी सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और खुलासा कैसे किया जा सकता है और मेरे निजता अधिकार क्या हैं। निजता अभ्यासों की सूचना (NPP) यह जानकारी प्रदान करती है और यह <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Pages/NoticeofPrivacyPractices.aspx> पर उपलब्ध है।

## निजता कथन

- यह आवेदन COVID-19 Uninsured Group कार्यक्रम हेतु है जो Department of Health Care Services (DHCS) द्वारा प्रशासित है। आपके द्वारा प्रदान की गई समस्त निजी और चिकित्सा जानकारी निजी और गोपनीय है। DHCS को आपकी पहचान करने और COVID-19 Uninsured Group कार्यक्रम को प्रबंधित करने के लिए इसकी आवश्यकता है।
- हम अन्य राज्य, संघीय और स्थानीय एजेंसियों, ठेकेदारों, स्वास्थ्य योजनाओं और कार्यक्रमों के साथ आपकी जानकारी सिर्फ आपको किसी योजना या कार्यक्रम में भर्ती करने या कार्यक्रम प्रबंधित करने के लिए और निजता अभ्यासों की सूचना में बताए गए अनुसार करेंगे।
- आपको इस आवेदन में सारे सवालों का जवाब अवश्य देना होगा जब तक कि वे "वैकल्पिक" के रूप में चिह्नित नहीं हैं। यदि आपके आवेदन में ऐसी कोई जानकारी नहीं दी गई है जो हमें चाहिए, तो हम उसे पाने के लिए आपसे संपर्क करेंगे। यदि आपने हमें वह जानकारी प्रदान नहीं की, तो हम आपके आवेदन पर निर्णय नहीं ले पाएंगे। आपको एक नया आवेदन प्रस्तुत करना पड़ सकता है, या COVID-19 Uninsured Group लाभों के लिए आपका आवेदन अस्वीकार किया जा सकता है।
- अधिक जानकारी या Department of Health Care Services रिकॉर्ड देखने के लिए, P.O. Box 997413, MS 4721 Sacramento, CA 95899-7413 पर सूचना सुरक्षा इकाई से संपर्क करें फ़ोन: 1-866-866-0602 TTY: 1-877-735-2929.
- ये राज्य और संघीय कानून हमें आवेदन में प्रदान की गई जानकारी को इकट्ठा करने और रखने का अधिकार देते हैं: DHCS: सीए कल्याण एवं संस्थाएँ। कोड § 14011 और धारा 3, अध्याय 5 और 7, भाग 2 और 3, विभाग 9; शामिल सीए: 42 यू.एस.सी. § 18031; सीए सरकारी कोड §§ 100502(k) और 100503(a)

## यदि मुझे लगता है कि मेरी योग्यता सूचना गलत है, तो मुझे क्या करना चाहिए?

- यदि मुझे लगता है कि Medi-Cal program ने गलती की है, तो मैं निर्णय के खिलाफ अपील कर सकता/सकती हूँ। अपील करने का मतलब है Medi-Cal कार्यक्रम में किसी को बताना कि मुझे लगता है कि निर्णय गलत है और कार्रवाई की उचित समीक्षा के लिए कहना।
- मुझे मालूम है कि मैं Medi-Cal कार्यक्रम के लिए 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) को कॉल करके अपील के अनुरोध, जिसमें शीघ्र अपील शामिल है, के तरीके के बारे में जानकारी प्राप्त कर सकता/सकती हूँ।
- मुझे मालूम है कि मुझे निर्णय सूचना के 90 दिनों के अंदर अपील अवश्य दर्ज करनी होगी।
- मुझे मालूम है कि मैं अपनी अपील में खुद का प्रतिनिधित्व कर सकता हूँ या किसी दूसरे व्यक्ति को अपना प्रतिनिधि बना सकता हूँ, जैसे कोई प्राधिकृत प्रतिनिधि, मित्र, संबंधी या वकील।
- मुझे मालूम है कि सभी सुनवाईयाँ टेलीफोन या वीडियो कॉन्फरेन्स के माध्यम से संचालित की जाएंगी जब तक मैं वैयक्तिक रूप से सुनवाई का अनुरोध न करूँ।
- मुझे मालूम है कि यदि मुझे मदद की आवश्यकता हो, तो Medi-Cal कार्यक्रम मुझे मेरा केस समझा सकता है।
- मुझे मालूम है कि Medi-Cal कार्यक्रम उन परिस्थितियों को समझा सकता है जब मेरी योग्यता बनाई रखी जा सकती है या किसी अपील निर्णय के अनिर्णीत होने की स्थिति में बहाल की जा सकती है।

## हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर करके मैं घोषित करता/करती हूँ कि मैंने नीचे जो कहा है वहा सच, संपूर्ण और सही है।

- मैंने इस आवेदन को पढ़ और समझ लिया है।
- मैं समझता/समझती हूँ कि यह आवेदन सिर्फ coronavirus (COVID-19) की जाँच, जाँच-संबंधी और इलाज के खर्चों के भुगतान में मदद प्राप्त करने के लिए है। यह देखने के लिए कि क्या मैं Medi-Cal या Covered California के माध्यम से अन्य स्वास्थ्य देखभाल लाभों और सेवाओं के लिए योग्य हूँ, मुझे [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) पर एक संपूर्ण आवेदन पूरा करना होगा।

|           |      |
|-----------|------|
| हस्ताक्षर | तिथि |
|-----------|------|