यदि आपने

तक उत्तर नहीं दिया, तो आप अपना Medi-Cal खो देंगे।

Medi-Cal नवीकरण फ़ॉर्म

आप इस फ़ॉर्म को किस अन्य भाषा में या अपनी पसंद के सुलभ फॉर्मेट में प्राप्त कर सकते हैं। अपनी भाषा में मदद मांगने के लिए कृपया को कॉल करें।

नोटिस की तारीख़:
केस संख्या:
केस का नाम:
कर्मी का नाम:
कर्मी का टेलीफोन नंबर:

के लिए लाभों के नवीकरण का समय आ गया है:

नाम	जन्म की तारीख

परिवार के सदस्य जो इस फ़ॉर्म में शामिल नहीं किए गए हैं, उन्हें उनके Medi-Cal के बारे में अलग से पत्र प्राप्त होगा।

➔ **चरण 1.** फ़ॉर्म को पढ़कर प्रश्नों के उत्तर दें

➔ **चरण 2.** घोषणा एवं हस्ताक्षर पृष्ठ पर हस्ताक्षर और तारीख़ डालें

➔ **चरण 3.** फ़ॉर्म को प्रमाण सहित की देय तारीख़ तक भेज दें

हमें आपका फ़ॉर्म और प्रमाण भेजने का आसान तरीका:

ऑनलाइन

या coveredca.com पर जाएं।

डाक से

इस पत्र के साथ भेजे गए लिफ़ाफ़े में डालकर भेजें।

फ़ोन से

पर कॉल करें।

व्यक्तिगत रूप से

को पर। उनका कार्यालय सोमवार से शुक्रवार a.m. to p.m. खुला रहता है।

प्रश्न हैं? कृपया देय तारीख़ से पहले अपनी काउंटी कार्यालय को पर कॉल करें।

आपकी संपर्क जानकारी

↓ अपनी जानकारी की समीक्षा करें	↓ नीचे अद्यतन करें या नई जानकारी जोड़ें
यह जानकारी सही है। यदि सही है, तो पृष्ठ 3 पर जाएं।	मैंने नीचे अपनी जानकारी अद्यतन कर दी है। केवल नई या बदली गई जानकारी लिखें।
नाम	नाम (पहला, मध्य, अंतिम)
घर का पता	घर का पता अपार्टमेंट #
	शहर राज्य ज़िप कोड
डाक भेजने का पता	डाक भेजने का पता (यदि घर के पते से अलग है या आपके पास घर का पता नहीं है)
	शहर राज्य ज़िप कोड
फ़ोन	फ़ोन घर ____–____–______ सेल ____–____–______ काम ____–____–______ अन्य ____–____–______
ईमेल	ईमेल (वैकल्पिक):
आपको जिस भाषा में लिखना है	हमें जिस भाषा में आपको लिखना चाहिए:
आपसे जिस भाषा में बात करनी है	हमें जिस भाषा में आपसे बात करनी चाहिए:
	आपसे संपर्क करने का सर्वश्रेष्ठ तरीका: ईमेल फ़ोन डाक

क्या आपको प्राधिकृत प्रतिनिधि की ज़रूरत है?

यदि आपको निम्नलिखित करने की ज़रूरत पड़े, तो कृपया अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को पर कॉल करें:

- आपकी Medi-Cal योग्यता और नामांकन में आपके साथ रहने, सहयोग करने या आपका प्रतिनिधि, जैसे परिवार का सदस्य, मित्र, देखभालकर्ता, अटॉर्नी या वकील को नियुक्त करना।
- अपने प्राधिकृत प्रतिनिधि को बदलना

यदि आपको किसी भी खंड में ज़्यादा लोग या जानकारी जोड़ने की ज़रूरत है, तो कृपया इसे एक अलग कागज़ पर लिखें (या आप पृष्ठ की एक प्रति बना सकते हैं) और अपने नवीकरण फ़ॉर्म के साथ भेज दें।

परिवार के सदस्य

हमें आपके और आपके परिवार के हर सदस्य के बारे में जानकारी चाहिए।

इसमें निम्नलिखित शामिल है:

- आपका जीवनसाथी या पंजीकृत घरेलू साथी
- आपके साथ रहने वाले आपके बच्चे
- सभी माता-पिता जो अपने बच्चों के साथ इस घर में रहते हैं
- ऐसा कोई भी जो आपके संघीय टैक्स रिटर्न में शामिल है, यदि आप फ़ाइल करते हैं। स्वास्थ्य बीमा प्राप्त करने के लिए आपको टैक्स भरने की ज़रूरत नहीं है।
- यदि आपको किसी अन्य व्यक्ति के टैक्स रिटर्न में आश्रित के रूप में दावा किया गया है, तो आपको आप पर जिस टैक्स फ़ाइल करने वाले परिवार ने दावा किया है उसके सारे सदस्यों को और आपके साथ रहने वाले परिवार के सारे सदस्यों को शामिल करना होगा।
- इसके अलावा और जो भी व्यक्ति आपके साथ रहता है, उसे अपना स्वास्थ्य बीमा प्राप्त करने के लिए अपना खुद का आवेदन जमा करना होगा। (उदाहरण के लिए: बॉयफ्रेंड, गर्लफ़्रेंड या रूममेट)

अपने परिवार के सदस्यों की जानकारी की समीक्षा करें।

नाम	से संबंध	पता	**क्या यह सही है?** यदि **हां**, तो अगले खंड पर जाएं। यदि **नहीं**, तो नीचे अद्यतन करें।
			हां नहीं
			हां नहीं
			हां नहीं

अगले पृष्ठ पर जारी है »

परिवार के नए सदस्य की जानकारी अद्यतन करें या जोड़ें।

हमें पिछले 12 महीनों में अपने परिवार में हुए बदलावों के बारे में बताएं।

उदाहरण के लिए, परिवार के किसी सदस्य ने शादी की, किसी को बच्चा हुआ, कोई आपके घर में रहने के लिए आया या घर छोड़कर चला गया, किसी को जेल हुई या यदि परिवार में किसी की मृत्यु हुई।

नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	**से संबंध**	**क्या बदला है?**
1.		
2.		
3.		

टैक्स जानकारी

प्राथमिक टैक्स दाता वह व्यक्ति है जिसका नाम टैक्स रिटर्न पर और इस तालिका में सबसे पहले सूचीबद्ध है।

अपनी टैक्स जानकारी की समीक्षा करें।

नाम	**क्या इस व्यक्ति की संघीय टैक्स रिटर्न फ़ाइल करने की योजना है?**	**क्या इस व्यक्ति से टैक्स फ़ाइल करना अपेक्षित है?**	**इस व्यक्ति की टैक्स फ़ाइलिंग स्थिति क्या है?**	**क्या यह सही है?** यदि **हां**, तो अगले खंड पर जाएं। यदि **नहीं**, तो नीचे अद्यतन करें।
प्राथमिक टैक्स फ़ाइलर				हां नहीं
				हां नहीं

अगले पृष्ठ पर जारी है »

टैक्स जानकारी को अद्यतन करें या नई जानकारी जोड़ें।

क्या आपका प्राथमिक टैक्स फ़ाइलर बदल गया है? (वह व्यक्ति जो टैक्स रिटर्न में सबसे पहले सूचीबद्ध है।)

हां नहीं यदि **हां**, तो प्राथमिक टैक्स फ़ाइलर का नाम: ______________________________

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**क्या इस व्यक्ति की संघीय टैक्स रिटर्न फ़ाइल करने की योजना है?**	**क्या इस व्यक्ति से टैक्स रिटर्न फ़ाइल करना अपेक्षित है?**	**इस व्यक्ति की टैक्स फ़ाइलिंग स्थिति क्या है?**
1.	हां नहीं	हां नहीं	विवाहित, जिसके साथ संयुक्त रूप से फ़ाइल करता है: विवाहित, अलग से फ़ाइल करता है अकेला परिवार का मुखिया के द्वारा आश्रित का दावा किया गया: ______ गैर-टैक्स फ़ाइलर
2.	हां नहीं	हां नहीं	विवाहित, जिसके साथ संयुक्त रूप से फ़ाइल करता है: ______ विवाहित, अलग से फ़ाइल करता है अकेला परिवार का मुखिया के द्वारा आश्रित का दावा किया गया: ______ गैर-टैक्स फ़ाइलर

आय

आय वह धन है जो आप किसी नौकरी, स्व-रोज़गार या किसी अन्य स्रोत जैसे Social Security या पेंशन से प्राप्त करते हैं। आपको सभी आय के वर्तमान प्रमाण संलग्न करने होंगे। उदाहरण के लिए:

- हाल के वेतन स्टब
- लाभ या पुरस्कार पत्र
- पिछले वर्ष का टैक्स रिटर्न

अपनी आय संबंधी जानकारी की समीक्षा करें।

नाम	**आय का स्रोत**	**टैक्स या कटौतियों से पहले की आय** (सकल आय)	**कितनी बार?** (वार्षिक या मासिक रूप से, हर 2 सप्ताह पर, महीने में दो बार, साप्ताहिक या दैनिक रूप से या हर घंटे)	**क्या यह सही है?** यदि **हां**, तो अगले खंड पर जाएं। यदि **नहीं**, तो वह तारीख़ लिखें जब आपको पिछली बार यह आय प्राप्त हुआ। फ़िर, नीचे अद्यतन करें या जोड़ें।
		$		हां नहीं _____ /_____ /_______
		$		हां नहीं _____ /_____ /_______
		$		हां नहीं _____ /_____ /_______

अगले पृष्ठ पर जारी है »

जानकारी को अद्यतन करें या नई जानकारी जोड़ें।

सबसे आम आय प्रकारों के उदाहरण:

- आपकी नौकरी से आय
- स्व-रोज़गार से आय
- Social Security, सेवा-निवृत्ति, उत्तरजीवी एवं विकलांगता लाभ
- बेरोज़गारी लाभ
- पेंशन/वार्षिक वृत्तियां
- ब्याज और लाभांश
- 401K, 457, 509, IRA और Keogh योजनाओं से सेवा- निवृत्ति आय
- जीवनसाथी से प्राप्त सहायता: अपने तलाक या अलगाव समझौते की सबसे हाल की तारीख़ या संशोधन तारीख़ (माह/दिन/वर्ष) यहां भरें: _____/_____/________

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**इस आय का स्रोत क्या है?**	**आपकी टैक्स या कटौतियों से पहले की आय** (सकल आय)	**आरंभ तारीख़** (माह, दिन, वर्ष)	**कितनी बार?** (वार्षिक या मासिक रूप से, हर 2 सप्ताह पर, महीने में दो बार, साप्ताहिक या दैनिक रूप से या हर घंटे)	**क्या इस आय का जारी रहना अपेक्षित है?** यदि **नहीं**, तो वह तारीख़ लिखें जब आप इसे अंतिम बार प्राप्त करने की अपेक्षा करते हैं।
1.		$			हां नहीं ____/____/_____
2.		$			हां नहीं ____/____/_____
3.		$			हां नहीं ____/____/_____

क्या किसी की आय हर महीने बदलती है?

हां नहीं यदि **हां**, तो हमें बताएं कि अगले 12 महीनों के लिए कुल आय कितनी होगी। यह सही वार्षिक आय राशी की गणना करने में मदद करेगा।

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**अगले 12 महीनों के लिए आपकी कुल अपेक्षित आय कितनी है?**
1.	$
2.	$

अगले पृष्ठ पर जारी है »

क्या आपके परिवार में किसी को मुफ़्त किराया, सुविधाएं, और/या भोजन प्राप्त होता है? (इसे वस्तु रूप में आय भी कहते हैं)

यह मुफ्त होता है या जीवनसाथी या घर में साथ रहने वाले माता/पिता को छोड़कर किसी अन्य व्यक्ति से उसके लिए काम के एवज में होता है।

हां नहीं यदि **हां**, तो नीचे भरें।

नाम (पहला, मध्य, अंतिम)	**क्या मुफ़्त था?**	**क्या यह काम के एवज में था?**	**क्या इस वस्तु रूप में आय का जारी रहना अपेक्षित है?** यदि **नहीं**, तो वह तारीख़ लिखें जब आप इसे अंतिम बार प्राप्त करने की अपेक्षा करते हैं।
1.	किराया सुविधाएं भोजन	हां नहीं हां नहीं हां नहीं	हां नहीं ____ /____ /______

खर्चे एवं कटौतियां

आप जिन खर्चे और कटौतियों का भुगतान करते हैं उनकी जानकारी देने पर Medi-Cal द्वारा आपकी योग्यता निश्चित करने के लिए उपयोग की गई आय कम हो सकती है। आपको खर्चों एवं कटौतियों का वर्तमान प्रमाण संलग्न करना होगा। उदाहरण के लिए:

- लाभ-हानि विवरण
- टैक्स रिटर्न
- विवरण या आर्थिक पुरस्कार पत्र
- Schedule C (स्व-रोज़गार खर्च)

अपने खर्चों और कटौतियों की समीक्षा करें।

नाम	**खर्चे या कटौती का प्रकार**	**राशी**	**कितनी बार?** (मासिक, त्रैमासिक, वार्षिक रूप से)	**क्या यह सही है?** यदि **नहीं**, तो नीचे अद्यतन करें या जोड़ें।
		$		हां नहीं
		$		हां नहीं

अगले पृष्ठ पर जारी है »

खर्चों एवं कटौतियों को अद्यतन करें या नई जानकारी जोड़ें।

सबसे आम खर्चों एवं कटौतियों के उदाहरण:

- स्व-रोज़गार खर्चे
- शैक्षिक खर्चे (ट्यूशन, किताबें, शुल्क एवं परिवहन के खर्चे)
- अभिभावक/संरक्षक शुल्क
- IRA योगदान
- भुगतान की गई आश्रित देखभाल
- बाल सहायता या भुगतान किया गया निर्वाह-व्यय
- भुगतान किया गया निर्वाह-व्यय: अपने तलाक या अलगाव समझौते की हाल की तारीख़ या संशोधन तारीख़ (माह/दिन/वर्ष) यहां भरें:
  _______ /_______ /_______

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**खर्चे या कटौती का प्रकार**	**राशी**	**कितनी बार?** (मासिक, त्रैमासिक, वार्षिक रूप से)
1.		$	
2.		$	
3.		$	

संसाधन एवं संपत्ति

संसाधन एवं संपत्ति वे चीज़ें हैं जिन्हें आप धन के एवज में दे सकते हैं या जिनके आप मालिक हैं। आपको संसाधनों, संपत्ति या ऋण राशी का वर्तमान प्रमाण संलग्न करना होगा। उदाहरण के लिए:

- बैक विवरण
- कार ऋण
- गिरवी ऋण

अपने संसाधनों एवं संपत्ति की जानकारी की समीक्षा करें।

नाम	**संसाधनों एवं संपत्ति के प्रकार**	**संसाधनों एवं संपत्ति के विवरण**	**ऋण मूल्य एवं राशी**	**क्या यह सही है**? यदि हां, तो अगले खंड पर जाएं। यदि **नहीं**, तो नीचे अद्यतन करें या जोड़ें।
			$	हां नहीं
			$	हां नहीं
			$	हां नहीं

अगले पृष्ठ पर जारी है »

संसाधन एवं संपत्ति जानकारी को अद्यतन करें या नई जानकारी जोड़ें।

आपको उस सारी संपत्ति और धन की जानकारी देनी होगी जो आपने पिछले 12 महीनों में प्राप्त की है, बेची है, विनिमय की है, दे दी है या हस्तांतरित की है।

सबसे आम संसाधनों एवं संपत्तियों के उदाहरण:

- बैंक खाता/क्रेडिट यूनियन खाता
- अचल संपत्ति (ज़मीन या घर)
- नकदी
- CD / IRA / Keogh, पेंशन फंड
- म्यूच्यूअल फंड, ट्रस्ट फंड, धन बाज़ार, स्टॉक, बांड एवं वार्षिक वृत्ति
- गिरवी, रुक्का, या न्यास विलेख
- वाहन
- जीवन बीमा या दफ़न बीमा
- गैर-मोटरबोट, ट्रेलर और कैंपर शेल
- दफ़न फंड एवं प्लॉट
- किसी भी अचल संपत्ति में जीवन संपत्ति ब्याज
- व्यवसाय वस्तु सूची और उपकरण

मालिक का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**संसाधनों एवं संपत्ति के प्रकार**	**संसाधन एवं संपत्ति के विवरण**	**बदलाव की सूचना**	**बदलाव की तारीख** (मासिक/दिन/वर्ष)
1.				____ /____ /_____
2.				____ /____ /_____
3.				____ /____ /_____

अचल संपत्ति (ज़मीन या घर)

इसमें ऐसी कोई भी अचल संपत्ति शामिल है जिसकी आपने ऊपर समीक्षा की है या अद्यतन किया है।

क्या आपके पास ऊपर सूचीबद्ध अचल संपत्ति है? यदि **हां**, तो नीचे भरें।

इस घर में मैं रहता/रहती हूं।

यह मेरी किराये/निवेश संपत्ति है।

यह मेरा पिछला घर है।

यह अचल।संपत्ति बेचने के लिए है।

- यदि आपने ऊपर किराये/निवेश या बेचने के लिए पर सही का निशान लगाया है, तो क्या आप किसी दिन उस संपत्ति पर वापस लौटने का आशय रखते हैं? हां नहीं
- क्या उस संपत्ति पर परिवार का कोई सदस्य रह रहा है? हां नहीं
  यदि **हां**, तो आपके साथ उसका क्या संबंध है? (उदाहरण: जीवनसाथी, बच्चा, आश्रित संबंधी, भाई/बहन)

  ____

पहले सूचित किए गए वाहन

क्या आपको पहले सूचित किए गए वाहनों पर ऋण मूल्य या राशी को बदलने की ज़रूरत है?
यदि **हां**, तो नीचे भरें।

मालिक का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**वाहन का मूल्य**	**निर्माण, मॉडल एवं वर्ष**	**आप पर कितना ऋण है?**
	$		$

Medicare कवरेज

यदि आप निश्चित नहीं हैं कि आप Medicare की किन भागों में नामांकित हैं, तो 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) पर कॉल करें।

अपनी Medicare जानकारी की समीक्षा करें।

नाम	**मासिक प्रीमियम भाग A** (इनपेशंट अस्पताल)	**मासिक प्रीमियम भाग B** (आउटपेशंट मेडिकल)	**मासिक प्रीमियम भाग C** (Medicare लाभ)	**मासिक प्रीमियम भाग D** (फार्मेसी)	**क्या यह सही है?** यदि **हां**, तो अगले खंड पर जाएं। यदि **नहीं**, तो नीचे अद्यतन करें।
					हां नहीं
					हां नहीं

Medicare जानकारी को अद्यतन करें या नई जानकारी जोड़ें।

यदि आप या आपके घर का कोई व्यक्ति Medicare के लिए नया-नया योग्य हुआ है, या यदि आप अपने या घर में किसी अन्य व्यक्ति के लिए प्रीमियम का भुगतान करते हैं, तो नीचे जानकारी भरें:

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**Medicare नंबर**	**मासिक प्रीमियम भाग A** (इनपेशंट अस्पताल)	**मासिक प्रीमियम भाग B** (आउटपेशंट मेडिकल)	**मासिक प्रीमियम भाग C** (Medicare लाभ)	**मासिक प्रीमियम भाग D** (फार्मेसी)
1.		$	$	$	$
2.		$	$	$	$

दीर्घकालिक देखभाल

दीर्घकालिक देखभाल एक सेवा है जिसे व्यक्ति के उस समय की स्वास्थ्य या निजी देखभाल-संबंधी ज़रूरतें पूरी करने के लिए बनाया गया है जब वह एक लंबे समय के लिए अपनी देखभाल करने में असमर्थ है। उदाहरण के लिए:

- कुशल नर्सिंग होम
- सहायता प्रदान किया गया आवास घर
- हॉस्पिस

अपनी दीर्घकालिक देखभाल जानकारी की समीक्षा करें।

दीर्घकालिक देखभाल में व्यक्ति का नाम	**दीर्घकालिक देखभाल सुविधा का नाम**	**दीर्घकालिक देखभाल सुविधा का पता**	**क्या यह सही है?** यदि **हां**, तो अगले खंड पर जाएं। यदि **नहीं**, तो नीचे अद्यतन करें।
			हां नहीं
			हां नहीं

दीर्घकालिक देखभाल जानकारी को अद्यतन करें या नई जानकारी जोड़ें।

व्यक्ति 1		
दीर्घकालिक देखभाल में व्यक्ति का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**प्रवेश की तारीख़** (माह/दिन/वर्ष) _____ /_____ /________	**डिस्चार्ज की तारीख़** (माह/दिन/वर्ष) _____ /_____ /________
दीर्घकालिक देखभाल सुविधा का नाम	**दीर्घकालिक देखभाल सुविधा का पता**	
जीवनसाथी या पंजीकृत घरेलू साथी का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**जीवनसाथी या पंजीकृत घरेलू साथी का पता,** यदि अलग है	

अगले पृष्ठ पर जारी है »

व्यक्ति 2		
दीर्घकालिक देखभाल में व्यक्ति का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**प्रवेश की तारीख़** (माह/दिन/वर्ष) _____ /_____ /_______	**डिस्चार्ज की तारीख़** (माह/दिन/वर्ष) _____ /_____ /_______
दीर्घकालिक देखभाल सुविधा का नाम	**दीर्घकालिक देखभाल सुविधा का पता**	
जीवनसाथी या पंजीकृत घरेलू साथी का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**जीवनसाथी या पंजीकृत घरेलू साथी का पता,** यदि अलग है	

अन्य स्वास्थ्य बीमा

हमें ऐसी किसी भी स्वास्थ्य कवरेज के बारे में बताएं जो आपके पास है और Medi-Cal या Medicare से नहीं है।

आप जिन अन्य स्वस्त्थ्य बीमा प्रीमियमों का भुगतान करते हैं उन्हें सूचित करने से Medi-Cal द्वारा आपकी योग्यता निर्धारित करने के लिए उपयोग की जाने वाली आय कम हो सकती है। उदाहरण के लिए, हो सकता है कि आपके पास Covered California से या परिवार के किसी सदस्य की नौकरी से भी स्वास्थ्य बीमा हो। यदि आप अन्य स्वास्थ्य बीमा के लिए भुगतान करते हैं, तो आपको प्रमाण संलग्न करना होगा। उदाहरण के लिए: बिलिंग विवरण जो आपके द्वारा हर महीने भुगतान की गई राशी को दर्शाता है।

यदि आपके पास कोई अन्य स्वास्थ्य बीमा **नहीं** है, तो यह खंड छोड़ दें और अगले पर जाएं।

अपनी स्वास्थ्य बीमा जानकारी की समीक्षा करें।

नाम	**बीमा कंपनी**	**बीमा का प्रकार** (जैसे कि स्वास्थ्य, डेंटल, दृष्टि, फार्मेसी)	**आप जितनी प्रीमियम राशी का भुगतान करते हैं**	**कितनी बार** (मासिक, त्रैमासिक, वार्षिक रूप से)	**क्या यह सही है?** यदि **हां**, तो अगले खंड पर जाएं। यदि **नहीं**, तो नीचे अद्यतन करें।
			$		हां नहीं
			$		हां नहीं

स्वास्थ्य बीमा जानकारी को अद्यतन करें या नई जानकारी जोड़ें।

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**बीमा कंपनी**	**बीमा का प्रकार** (जैसे कि स्वास्थ्य, डेंटल, दृष्टि, फार्मेसी)	**आप जितनी प्रीमियम राशी का भुगतान करते हैं**	**कितनी बार** (मासिक, त्रैमासिक, वार्षिक रूप से)
1.			$	
2.			$	

परिवार में बदलाव

यदि आप किसी भी प्रश्न के लिए हां में उत्तर देते हैं, तो नीचे जानकारी भरें।

Medi-Cal

क्या आपके घर का कोई व्यक्ति जो Medi-Cal पर नहीं है आवेदन करना चाहता है? यदि **हां**, तो नीचे भरें।

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**जन्म की तारीख** (माह/दिन/वर्ष)	Medi-Cal **के इच्छुक व्यक्ति की** Social Security **संख्या,** यदि उसके पास है ___ ___ ___–___ ___–___ ___ ___ ___

गर्भवती

क्या आपके घर में कोई गर्भवती है? यदि **हां**, तो नीचे भरें।

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**देय तारीख** (माह/दिन/वर्ष)	**कितने बच्चे होने की अपेक्षा है?**

भूतपूर्व पालक युवा

यदि आपके परिवार में किसी की आयु 18 और 26 वर्ष के बीच है, तो क्या वह अपने 18वें जन्मदिन पर या उसले बाद किसी भी राज्य में पालक देखभाल में था? यदि **हां**, तो नीचे भरें।

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**राज्य** (उदाहरण: California)

अप्रवास या नागरिकता (इस जानकारी का उपयोग केवल स्वास्थ्य कवरेज निर्धारित करने के लिए किया जाता है।)

क्या आपके घर में कोई ऐसा व्यक्ति है जिसके पास अब Medi-Cal है और पिछले 12 महीनों में उसकी अप्रवास या नागरिकता स्थिति में बदलाव हुआ है? यदि **हां**, तो नीचे भरें।

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**नई स्थिति संख्या**

विकलांगता

क्या आपके घर में किसी व्यक्ति को शारीरिक, मानसिक, भावनात्मक या विकास-संबंधी विकलांगता है? यदि **हां**, तो नीचे भरें।

नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**क्या यह विकलांगता किसी चोट के कारण हुई है?** हां नहीं

विद्यार्थी

क्या आपके घर में कोई 19 या 20 वर्ष का है और पूर्णकालिक विद्यार्थी है? यदि **हां**, तो नीचे भरें।
नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)

Medicare

क्या आपके घर में किसी के पास Medicare है? यदि **हां**, तो नीचे भरें।		
नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**Medicare संख्या**	**आप जितनी मासिक प्रीमियम राशी का भुगतान करते हैं** $

दीर्घकालिक देखभाल

क्या आपके घर में कोई दीर्घकालिक देखभाल में है? यदि **हां**, तो नीचे भरें।		
दीर्घकालिक देखभाल में व्यक्ति का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**प्रवेश की तारीख़** (माह/दिन/वर्ष) _____ /_____ /________	**डिस्चार्ज की तारीख़** (माह/दिन/वर्ष) _____ /_____ /________
दीर्घकालिक देखभाल सुविधा का नाम	**दीर्घकालिक देखभाल सुविधा का पता**	
जीवनसाथी या पंजीकृत घरेलू साथी का नाम (प्रथम, मध्य, अंतिम)	**जीवनसाथी या पंजीकृत घरेलू साथी का पता,** यदि अलग है	

काउंटी को रिपोर्ट की गई जानकारी

हमारी रिपोर्ट बताती हैं कि यह व्यक्ति इस समय कैद में है (जेल या कैदखाना)।	
नाम	**क्या यह व्यक्ति कैद में है?** हां नहीं यदि **नहीं**, तो रिहाई की तारीख भरें ____/____/____

हमारी रिपोर्ट बताती हैं कि यह व्यक्ति मृत है (मर चुका है या गुज़र गया है)।	
नाम	**क्या यह व्यक्ति मृत है?** हां नहीं

स्वास्थ्य कार्यक्रम जानकारी एवं रेफ़रल

यह खंड वैकल्पिक है। आप उत्तर देने से मना कर सकते हैं, लेकिन आपके उत्तरों से हमें आपको उपलब्ध सेवाओं के लिए संदर्भित करने में मदद मिलती है।

1. **क्या आप** 21 **वर्ष से कम आयु के बच्चों के लिए निशुल्क स्वास्थ्य कार्यक्रम पर जानकारी चाहते हैं** (Child Health and Disability Prevention Program, **जिसे** CHDP **भी कहते हैं)?**

हां　　नहीं

2. **क्या आप गर्भवती, स्तनपान कराने वाली महिलाओं या** 5 **वर्ष से कम आयु के बच्चों के लिए निःशुल्क अनुपूरक भोजन कार्यक्रम** (Women, Infants, and Children Program, WIC) **पर जानकारी चाहते हैं?**

हां　　नहीं

3. **क्या आपके घर में रहने वाला परिवार का कोई सदस्य किडनी डायलिसिस-संबंधी सेवाएं प्राप्त कर रहा है?**

हां　　नहीं　　यदि **हां**, तो कौन: ______________________________

4. **क्या आपके घर में रहने वाले किसी सदस्य ने पिछले** 2 **वर्षों में ऑर्गन ट्रांसप्लांट प्राप्त किया है?**

हां　　नहीं　　यदि **हां**, तो कौन: ______________________________

5. **क्या आप** Personal Care Services Program **पर जानकारी चाहते हैं, जो बुजुर्गों, नेत्रहीनों या विकलांगों के लिए घर पर देखभाल कार्यक्रम है (जिसे** In-Home Supportive Services **भी कहते हैं)?**

हां　　नहीं

6. **क्या आपके घर के किसी व्यक्ति को दीर्घकालिक देखभाल या घर एवं समुदाय-आधारित सेवाओं के संबंध में मदद चाहिए?**

हां　　नहीं　　यदि **हां**, तो कौन: ______________________________

घोषणा एवं हस्ताक्षर

- मैं California राज्य के कानूनों के तहत झूठी गवाही के जुर्माने के तहत घोषणा करता/करती हूं कि मैंने नीचे जो भी कहा है वह सत्य और सही है।
- मैंने इस नवीकरण फॉर्म में दिए गए सभी प्रश्नों को समझ लिया है और अपनी जानकारी के अनुसार सच्चे और सही उत्तर दिए हैं। जहां मुझे खुद उत्तर मालूम नहीं था, वहां मैंने ऐसे किसी व्यक्ति से उत्तर की पुष्टि करने के लिए सारे उचित प्रयास किए हैं जिसे उत्तर मालूम था। मैंने इसके बाद के पृष्ठों में दिए गए निजता कथन, अधिकार एवं ज़िम्मेदारियों को पढ़ लिया है या मुझे इन्हें पढ़कर सूना दिया गया है।
- मुझे मालूम है कि यदि मैंने इस नवीकरण फॉर्म में सच नहीं कहा, तो मुझ पर झूठी गवाही के लिए नागरिक या आपराधिक जुर्माना लग सकता है जिसमें चार वर्ष तक की कैद शामिल हो सकती है (California Penal Code Section 126 देखें)। मुझे मालूम है कि इस नवीकरण फॉर्म में दी गई जानकारी का उपयोग यह निर्धारित करने के लिए किया जाएगा कि आवेदन करने वाले लोग स्वास्थ्य बीमा के लिए योग्य हैं या नहीं। Medi-Cal कार्यक्रम और Covered California इस जानकारी को निजी बनाए रखेंगे, जैसा संघीय एवं California कानून के अनुसार ज़रूरी है।
- यदि इस नवीकरण फॉर्म में स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन करने वाले किसी भी व्यक्ति की कोई भी जानकारी बदलती है, तो मैं किसी भी बदलाव के 10 दिनों के अंदर Medi-Cal कार्यक्रम को सूचित करने या अपनी स्थानीय काउंटी कार्यालय से संपर्क करने' के लिए सहमत हूं। यदि मेरे पास Covered California के माध्यम से बीमा है, तो मैं 30 दिनों के अंदर बदलावों की सूचना देने के लिए सहमत हूं।

नीचे हस्ताक्षर एवं तारीख।

आवेदक/लाभार्थी या प्राधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तारीख (माह/दिन/वर्ष)
▶	

यदि ज़रूरी है, तो याद से सारे वर्तमान प्रमाण और सभी अतिरिक्त प्रतियां या पृष्ठ ज़रूर संलग्न करें।

कृपया अपने रिकॉर्ड के लिए रखें।

इन पृष्ठों में निजता प्रकथन, अधिकारों एवं ज़िम्मेदारियों, अपील के अधिकार एवं गैर-भेदभाव नीति तथा भेदभाव की शिकायत दर्ज कराने के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी निहित है।

निजता प्रकथन

यह नवीकरण फॉर्म Department of Health Care Services (DHCS) के माध्यम से Medi-Cal के नवीकरण के लिए और Covered California के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा के लिए योग्यता निर्धारित करने के लिए है। आपके द्वारा इसमें प्रदान की गई निजी और चिकित्सीय जानकारी निजी और गोपनीय है। DHCS या Covered California को इसकी ज़रूरत आपको और इस नवीकरण फॉर्म में शामिल अन्य व्यक्तियों की पहचान करने के लिए तथा हमारे कार्यक्रमों को प्रबंधित करने के लिए है।

हम आपकी जानकारी अन्य राज्य, संघीय और स्थानीय एजेंसियों, ठेकेदारों, स्वास्थ्य बीमा योजनाओं और कार्यक्रमों के साथ केवल आपको किसी योजना या कार्यक्रम में भर्ती करने या कार्यक्रम प्रबंधित करने के लिए और अन्य राज्य एवं संघीय एजेंसियों के साथ साझा करेंगे, जैसा कानून के अनुसार ज़रूरी है।

आपको नवीकरण फॉर्म में सभी प्रश्नों के उत्तर देने होंगे जब तक कि वे "वैकल्पिक" के रूप में चिन्हित नहीं हैं या आपको कोई अन्य निर्देश नहीं दिए गए हैं। यदि आपके नवीकरण फॉर्म में ऐसी कोई जानकारी उपस्थित नहीं है जो हमें चाहिए, तो हम उसे प्राप्त करने के लिए आपसे संपर्क करेंगे। यदि आपने हमें वह जानकारी प्रदान नहीं की, तो हम आपके नवीकरण पर कोई निर्णय नहीं ले पाएँगे। आपको एक नया आवेदन जमा कराना पड़ सकता है। या हो सकता है कि आप Covered California के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा प्राप्त न कर सकें या आपका लाभ नवीकरण के लिए आवेदन अस्वीकृत हो जाए।

अधिकांश मामलों में, आपके पास आपके बारे में वह निजी जानकारी देखने का अधिकार रहता है, जो संघीय एवं राज्य रिकॉर्ड में निहित है। आप उसे किसी वैकल्पिक फॉर्मेट में देख सकते हैं, जैसे कि बड़े प्रिंट में, यदि आपको इसकी ज़रूरत है। ज़्यादा जानकारी के लिए या Covered California रिकॉर्ड देखने के लिए निजता अधिकारी से निम्न पते पर संपर्क करें:

The Department of Health Care Services
Attn: Information Protection Unit
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413
फ़ोन: 1-866-866-0602
TTY: 1-877-735-2929

Covered California
Attn: Privacy Officer
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
फ़ोन: 1-800-300-1506
TTY: 1-888-889-4500

DHCS इस फॉर्म में प्रदान की गई जानकारी के भंडारण, उपयोग एवं इसे जारी करने के लिए 45 C.F.R. Parts 160 and 164, California Civil Code §§ 1798 – 1798.78, CA Welfare and Institutions Code (WIC) Section 14005.37, CA WIC Section 14011 and Article 3, Chapters 5 and 7, Parts 2 and 3, Division 9, तथा अन्य प्रयोज्य कानूनों की ज़रूरतों का अनुपालन करेगा।

Covered CA: 42 U.S.C. § 18031; CA Government Code §§ 100502(k) एवं 100503(a).

आप Medi-Cal कार्यक्रम के लिए www.dhcs.ca.gov पर और Covered California के लिए www.CoveredCA.com पर निजता नीतियों की सूचनाएं देख सकते हैं।

अधिकार और ज़िम्मेदारियां

- मेरे द्वारा इस नवीकरण फॉर्म में प्रदान की गई जानकारी मेरी अपनी जानकारी के अनुसार सच्ची है। मुझे मालूम है कि यदि मैंने सच नहीं कहा, तो मुझ पर जुर्माना लगाया जा सकता है।
- मैं समझता हूं कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी का उपयोग केवल यह देखने के लिए किया जाएगा कि मेरे परिवार से जो लोग स्वास्थ्य बीमा के नवीकरण के लिए आवेदन कर रहे हैं वे इसके लिए योग्य होंगे या नहीं।
- मैं समझता/ती हूं कि Medi-Cal कार्यक्रम और Covered California मेरी जानकारी को निजी बनाए रखेंगे, जैसा कानून के अनुसार ज़रूरी है। ज़्यादा जानकारी के लिए या Medi-Cal कार्यक्रम एवं Covered California द्वारा बनाए रखे गए रिकॉर्ड में निहित जानकारी की पहुंच के लिए मैं अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय से संपर्क कर सकता/ती हूं। या मैं Covered California निजी अधिकारी से **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) पर संपर्क कर सकता/ती हूं।
- मैं समझता/ती हूं कि Medi-Cal के लिए योग्य होने के लिए मुझे ऐसी किसी अन्य आय या लाभ के लिए आवेदन करना होगा जिसका मैं या मेरे परिवार का कोई सदस्य हकदार है, जब तक उसके पास ऐसा न करने का कोई अच्छा कारण न हो। ऐसी आय या लाभ के उदाहरणों में पेंशन, सरकारी लाभ, सेवा-निवृत्ति आय, भूतपूर्व सैनिक लाभ, वार्षिक वृत्तियां, विकलांगता लाभ, Social Security लाभ (जिन्हें OASDI या Old Age, Survivors, and Disability Insurance), तथा बेरोज़गरी लाभ शामिल हैं। लेकिन ऐसी आय या लाभों में जन सहायता लाभ, जैसे कि CalWORKs या CalFresh शामिल नहीं हैं। यदि मेरे पास किसी संभव आय स्रोत के बारे में प्रश्न है, तो मैं मदद के लिए अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय या Covered California को **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) पर कॉल कर सकता/ती हूं।
- यदि मैं Medi-Cal के लिए योग्य पाया गया/गई, तो मुझे अपने काउंटी योग्यता कर्मी को ऐसे सभी बदलावों के 10 दिनों के अंदर उनकी सूचना मेरे स्थानीय काउंटी कार्यालय को देनी होगी जो स्वास्थ्य बीमा के लिए मेरी योग्यता को प्रभावित कर सकते हैं। इन बदलावों में निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं:
  - मैं घर बदलता/ती हूं
  - मेरी आय बदलती है
  - मेरे परिवार में बदलाव होते हैं (उदाहरण के लिए, शादी/तलाक, गर्भवती होना, या बच्चा/चे पैदा होना)
  - मैं किसी अन्य स्वास्थ्य बीमा के लिए योग्य होता/ती हूं
- यदि मैं Covered California के लिए नामांकित होता/ती हूं, तो मैं समझता/ती हूं कि मुझे 30 दिनों के अंदर बदलावों की सूचना देनी होगी। मैं Covered California को **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) पर कॉल कर सकता/ती हूं या **CoveredCA.com** पर जा सकता/ती हूं।
- मैं समझता/ती हूं कि मुझे अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को अपनी आय में बदलावों की सूचना देनी होगी क्योंकि यह राज्य और संघीय आर्थिक सहायता की उस राशी के लिए Medi-Cal लाभों या Covered California के लिए योग्यता को प्रभावित कर सकता है जिसे मैं प्राप्त करने के लिए योग्य हो सकता/ती हूं। मैं यह भी समझता/ती हूं कि यदि मुझे लाभ वर्ष के दौरान अत्यधिक आर्थिक सहायता प्राप्त हुई, तो लाभ वर्ष के लिए मेरे संघीय एवं राज्य आयकर फाइल करते समय मुझे IRS या California Franchise Tax Board को अतिरिक्त प्रीमियम सहयोग या राज्य सब्सिडी का वापस भुगतान करना होगा।
- मैं Covered California और Medi-Cal कार्यक्रम को यह अनुमति देता/ती हूं कि वे अन्य एजेंसियों के कंप्यूटर रिकॉर्ड जांचकर नागरिकता या क्या मैं U.S. में कानूनी रूप से उपस्थित हूं या नहीं तथा टैक्स जानकारी को सत्यापित कर सकते हैं तथा यह देखने के लिए कि मैं और इस नवीकरण फॉर्म पर शामिल अन्य लोग स्वास्थ्य बीमा के लिए योग्य हैं या नहीं, केवल योग्यता से संबंधित अन्य जानकारी को जांचकर यह देख सकते हैं कि क्या मैं और इस नवीकरण फॉर्म पर शामिल अन्य व्यक्ति स्वास्थ्य बीमा के लिए योग्य हैं या नहीं।
- मैं समझता/ती हूं कि जैसा कानून के अनुसार ज़रूरी है, यह देखने के लिए कि मैं और इस नवीकरण फॉर्म पर शामिल

अन्य लोग स्वास्थ्य बीमा के लिए योग्य हैं या नहीं, कंप्यूटर द्वारा Medi-Cal के लिए मेरे द्वारा इस नवीकरण फॉर्म पर प्रदान की गई जानकारी को नियोक्ताओं, बैंकों, SSA. Internal Revenue Service. Franchise Tax Board, सामाजिक सेवाओं तथा अन्य एजेंसियों द्वारा प्रदान किए गए तथ्यों के साथ जांचा जाएगा।

- मुझे मालूम है कि यदि Medi-Cal किसी चिकित्सीय खर्च के लिए भुगतान करता है, तो मुझे या इस नवीकरण फॉर्म पर शामिल किसी भी व्यक्ति को उस खर्च से संबंधित किसी अन्य स्वास्थ्य बीमा या कानूनी समझौते से मिलने वाला धन Medi-Cal को उस खर्च के भुगतान के रूप में तब तक प्रदान किया जाएगा जब तक पूरी तरह से उस खर्च का भुगतान नहीं हो जाता।
- उन माता-पिताओं के लिए जिनके बच्चे Medi-Cal के लिए योग्य हैं: मुझे मालूम है कि मुझे इस नवीकरण फॉर्म पर शामिल किए गए ऐसे माता-पिता से चिकित्सीय सहायता इकट्ठा करने वाली एजेंसी की मदद करने के लिए कहा जाएगा जो अपने बच्चे के साथ नहीं रहते और बच्चे के लिए सहायता नहीं भेजते। यदि मुझे लगा कि मदद करने से मेरा या मेरे बच्चों का नुकसान होगा, तो मैं Medi-Cal कार्यक्रम को बता सकता/ती हूं और मुझे मदद नहीं करनी पड़ेगी।

अपील करने का अधिकार

यदि मुझे लगे कि Medi-Cal कार्यक्रम या Covered California से कोई गलती हुई है, तो मैं उनके निर्णय के खिलाफ अपील कर सकता/ती हूं। अपील करने का मतलब है कि Medi-Cal कार्यक्रम या Covered California में किसी को बताना कि मुझे लगता है कि उनका निर्णय गलत है और कार्रवाई की उचित समीक्षा की मांग करना।

मुझे मालूम है कि मुझे निर्णय के 90 दिनों के अंदर अपील दर्ज करानी होगी। मुझे मालूम है कि मैं अपनी अपील में खुद का प्रतिनिधित्व कर सकता/ती हूँ या किसी अन्य व्यक्ति को मेरा प्रतिनिधि बना सकता हूँ, जैसे कोई प्राधिकृत प्रतिनिधि, मित्र, संबंधी या वकील।

मुझे मालूम है कि यदि मुझे मदद की ज़रूरत पडी, तो Medi-Cal कार्यक्रम, Covered California या स्थानीय काउंटी कार्यालय में कोई व्यक्ति मुझे मेरा केस समझा देगा।

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
फैक्स: 1-833-281-0905
टोल फ्री: 1-855-795-0634 or
जन पूछताछ एवं प्रतिक्रिया टोल फ्री: 1-800-952-5253 या TDD 1-800-952-8349

गैर भेदभाव नीति

Medi-Cal कार्यक्रम (DHCS) एवं Covered California प्रयोज्य संघीय तथा राज्य नागरिक अधिकारों का पालन करते हैं और जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, आयु, मानसिक विकलांगता, शारीरिक विकलांगता, चिकित्सीय स्थिति, आनुवांशिक जानकारी, वैवाहिक स्थिति, यौन जाति, लिंग, लिंग पहचान, यौन अनुकूलन के आ'धार पर गैर कानूनी रूप से भेदभाव नहीं करते हैं।

Medi-Cal कार्यक्रम (DHCS) एवं Covered California लोगों की जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, आयु, मानसिक विकलांगता, शारीरिक विकलांगता, चिकित्सीय स्थिति, आनुवांशिक जानकारी, वैवाहिक स्थिति, यौन जाति, लिंग, लिंग पहचान, यौन अनुकूलन के कारण न तो उन्हें बाहर करते हैं और न ही उनके साथ अलग प्रकार का व्यवहार करते हैं।

Medi-Cal कार्यक्रम (DHCS) एवं Covered California लोगों को निःशुल्क सहायता तथा सेवाएं, जैसे योग्य संकेत भाषा

दुभाषिये और अन्य फॉर्मेट में लिखित जानकारी (बड़े प्रिंट, ऑडियो, सुगम इलेक्ट्रॉनिक फॉर्मेट व अन्य फॉर्मेट) प्रदान करते हैं ताकि वे हमारे साथ प्रभावी रूप से बातचीत कर सकें।

Medi-Cal कार्यक्रम (DHCS) एवं Covered California उन लोगों को निःशुल्क भाषा सेवाएं, जैसे योग्य दुभाषिये तथा अन्य भाषाओँ में लिखित जानकारी भी प्रदान करते हैं जिनकी प्राथमिक भाषा अंग्रेज़ी नहीं है। यदि आपको इन सेवाओं की ज़रूरत है, तो कृपया DHCS Office of Civil Rights को **1-916-440-7370**, (Ext. 711, California State Relay) पर कॉल करें या CivilRights@dhcs.ca.gov पर ईमेल लिखें, या Covered California को **1-800-300-1506** (TTY: 1-888-889-4500) पर संपर्क करें।

भेदभाव की शिकायत दर्ज कराना

यदि आपको लगता है कि Medi-Cal कार्यक्रम (DHCS) एवं Covered California इन सेवाओं को प्रदान करने में विफल हुआ है या आपके साथ जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, आयु, मानसिक विकलांगता, शारीरिक विकलांगता, चिकित्सीय स्थिति, आनुवांशिक जानकारी, वैवाहिक स्थिति, यौन जाति, लिंग, लिंग पहचान, यौन अनुकूलन के आ'धार पर किसी अन्य तरीके से भेदभाव हुआ है, तो आप Medi-Cal कार्यक्रम के (DHCS's) Office of Civil Rights या Covered California Civil Rights Coordinator के पास एक शिकायत भी दर्ज करा सकते हैं।

Medi-Cal Program (DHCS)
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
फ़ोन: 1-916-440-7370
(Ext. 711, CA State Relay)
ईमेल: CivilRights@dhcs.ca.gov
Medi-Cal शिकायत फॉर्म यहां उपलब्ध हैं:
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Covered California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725
फ़ोन: 1-916-228-8764
फैक्स: 1-916-228-8909
ईमेल: CivilRights@covered.ca.gov

आप U.S. Department of Health and Human Services में संघीय Office for Civil Rights के पास एक अलग नागरिक अधिकार शिकायत भी दर्ज करा सकते हैं। आप ऐसा कर सकते हैं यदि आपको लगता है कि आपके साथ जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता या यौन जाति के आधार पर भेदभाव हुआ है:

U.S. Department of Health and Human Services
Mail: 200 Independence Ave. SW Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
फ़ोन: 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
ऑनलाइन शिकायत पोर्टल सहायक: **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**
ऑनलाइन शिकायत फॉर्म: **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf**