

ਨਵਜੰਮੇ ਲਈ ਰੈਫਰਲ

ਨਵਜੰਮੇ ਰੈਫਰਲ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ Medi-Cal ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ (ਬੱਚਿਆਂ) ਦੇ ਜਨਮ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਲਈ Medi-Cal ਦੇ ਯੋਗ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਭਰ ਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਨਵਜੰਮੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਜੋ ਨਵਜੰਮੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ Medi-Cal ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣੀਆਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਸਕਣ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਮੇਲ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਕਰੋ। ਕਾਉਂਟੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਸਥਿਤ ਹੈ। ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀ ਦੀ ਕਾਉਂਟੀ ਨੂੰ ਰਿਪੋਰਟ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਜਲਦੀ ਤੋਂ ਜਲਦੀ ਦਾਖਲ ਕਰੋ। ਮਾਪੇ ਆਪਣੇ ਐਲਿਜੀਬਿਲਟੀ ਕਰਮਚਾਰੀ ਨੂੰ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਜਨਮ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਅਤੇ ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ Section C ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ ਅਤੇ ਪਛਾਣ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਲਾਭ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ (BIC) ਨੰਬਰ ਦਾਖਲ ਕਰੋ (ਵਿਕਲਪਿਕ)।

SECTION A ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੇ Medi-Cal ਕਾਰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਜਨਮ ਦੇ ਮਹੀਨੇ ਅਤੇ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਨਵਜੰਮੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਬਿਲਿੰਗ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਮੱਧ, ਆਖਰੀ)	ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ	BIC ਜਾਂ SSN		
ਡਾਕ ਪਤਾ (ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਗਲੀ) ਜਾਂ ਲੋਕੇਸ਼ਨ		ਕਾਉਂਟੀ		
ਸ਼ਹਿਰ	ਸੂਬਾ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ

SECTION B ਰੀਮਾਈਡਰ: ਪ੍ਰਤੀਬੱਧਤਾ ਲਾਭਾਂ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਤੋਂ ਪੈਦਾ ਹੋਇਆ ਬੱਚਾ ਪੂਰੇ ਲਾਭਾਂ ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ।

ਨਵਜੰਮੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਮੱਧ, ਆਖਰੀ)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਲਿੰਗ ☐ ਮਰਦ ☐ ਔਰਤ	ਵਿਕਲਪਿਕ—BIC ਨੰਬਰ
2 ਨਵਜੰਮੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਮੱਧ, ਆਖਰੀ)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਲਿੰਗ ☐ ਮਰਦ ☐ ਔਰਤ	ਵਿਕਲਪਿਕ—BIC ਨੰਬਰ
3 ਨਵਜੰਮੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਮੱਧ, ਆਖਰੀ)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਲਿੰਗ ☐ ਮਰਦ ☐ ਔਰਤ	ਵਿਕਲਪਿਕ—BIC ਨੰਬਰ
4 ਨਵਜੰਮੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਮੱਧ, ਆਖਰੀ)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਲਿੰਗ ☐ ਮਰਦ ☐ ਔਰਤ	ਵਿਕਲਪਿਕ—BIC ਨੰਬਰ
5 ਨਵਜੰਮੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਮੱਧ, ਆਖਰੀ)	ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਲਿੰਗ ☐ ਮਰਦ ☐ ਔਰਤ	ਵਿਕਲਪਿਕ—BIC ਨੰਬਰ

ਕਿੱਥੇ ਪੈਦਾ ਹੋਇਆ (ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ, ਕਲੀਨਿਕ ਦਾ ਨਾਮ, ਆਦਿ)

ਪਤਾ (ਨੰਬਰ ਅਤੇ ਗਲੀ, ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ)	ਸ਼ਹਿਰ	ਸੂਬਾ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
-------------------------------------	-------	------	----------

ਮੈਂ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ/ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ Department of Social Services ਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

ਬੇਨਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ

ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ (ਬੱਚੇ ਦੇ) ਦੇ ਦਸਤਖਤ

SECTION C (ਜੇਕਰ ਫਾਰਮ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਤਾਂ ਇਸ ਸੈਕਸ਼ਨ ਨੂੰ ਭਰੋ)

ਭਰਨ ਵਾਲਾ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ)	ਏਜੰਸੀ/ਸਿਰਲੇਖ	
ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਪਛਾਣਕਰਤਾ (NPI) ਨੰਬਰ (ਜੇ Medi-Cal ਪ੍ਰਦਾਤਾ/ਹਸਪਤਾਲ/ਕਲੀਨਿਕ/ਗਰੁੱਪ, ਆਦਿ ਹੋਵੇ)	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ
ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਉੱਤਮ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੇਰਿਫਾਈ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।		
ਦਸਤਖਤ (ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ)	ਮੁਕੰਮਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ	

ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਬਿਲਿੰਗ ਪੁੱਛਗਿੱਛਾਂ ਜਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਬਿਲ ਕਿਵੇਂ ਦੇਣਾ ਹੈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਲਈ, Telephone Service Center ਨੂੰ 1-800-541-5555 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਆਪਣੀ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ **Medi-Cal** ਦਫਤਰ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲੱਭਣ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਸਕੈਨ ਕਰੋ:



<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>