



MICHELLE BAASS
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਖ਼ਬਰਾਂ
Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program

ਪਿਆਰੇ ਲਾਭਪਾਤਰੀ,

ਤੁਸੀਂ Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋ। ਇਹ ਸਿਰਫ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ COVID-19 ਟੈਸਟਿੰਗ, ਟੈਸਟਿੰਗ-ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਇਲਾਜਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

COVID-19 Uninsured Group Program ਖਤਮ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ May 31, 2023
ਇਹ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਖਤਮ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਕਾਨੂੰਨ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੈ।

ਪਤਾ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਜਾਂ Covered California ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ

ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਜਾਂ Covered California ਰਾਹੀਂ ਬਿਨਾਂ ਲਾਗਤ ਜਾਂ ਘੱਟ ਲਾਗਤ ਵਾਲੇ ਸਿਹਤ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਦੋਵਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਹੈ।

ਇਹਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਅੱਜ ਹੀ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ:

- **ਔਨਲਾਈਨ** [CoveredCA.com](https://www.coveredca.com), [MyBenefitsCALWIN.org](https://www.mybenefitscalwin.org) 'ਤੇ ਜਾਂ [BenefitsCal.com](https://www.benefitscal.com)

- **ਡਾਕ ਦੁਆਰਾ**

ਇਸ ਪੱਤਰ ਨਾਲ ਆਈ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਮੇਲ ਕਰੋ:

Covered California

P.O. Box 989725

West Sacramento, CA, 95798-9725

ਜਾਂ ਇਸਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ। ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ <http://dhcs.ca.gov/COL> 'ਤੇ ਲੱਭੋ। ਜਾਂ Medi-Cal ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 800-541-5555 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਤੁਸੀਂ <https://www.dhcs.ca.gov/applyformedi-cal> 'ਤੇ ਕਈ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਪੇਪਰ ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਵੀ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

- **ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ**

Covered California ਨੂੰ 800-300-1506 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ <http://dhcs.ca.gov/COL> 'ਤੇ ਲੱਭੋ। ਜਾਂ Medi-Cal ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 800-541-5555 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

- **ਵਿਅਕਤੀ ਵਿੱਚ**

Medi-Cal ਜਾਂ Covered California ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਵਿਖੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿਓ। ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫ਼ਤਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ <http://dhcs.ca.gov/COL> 'ਤੇ ਲੱਭੋ। ਜਾਂ 800-541-5555 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Covered California ਲਈ ਅਪਲਾਈ ਕਰੋ ਇਸ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ COVID-19 Uninsured Group Program ਕਵਰੇਜ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇ!

COVID-19 ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇ ਕਾਰਨ, Covered California ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਨਾਮਾਂਕਣ ਦੀ ਮਿਆਦ ਹੈ। ਇਹ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਆਖਰੀ ਦਿਨ ਤੋਂ **60 ਦਿਨਾਂ** ਬਾਅਦ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਖਤਮ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਹੋਰ ਯੋਗ ਜੀਵਨ ਘਟਨਾ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਵੀ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਾਂ Covered California ਦੀ ਓਪਨ ਐਨਰੋਲਮੈਂਟ ਪੀਰੀਅਡ ਦੌਰਾਨ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰੋ।

Covered California ਲਈ ਆਨਲਾਈਨ ਅਪਲਾਈ ਕਰਨ ਲਈ, CoveredCA.com/apply 'ਤੇ ਜਾਓ।

- “Special Enrollment” ਡੂੰਘਾਉਨ-ਮੀਨੂ ਵਿੱਚ, “Pandemic (COVID-19)/ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ ਐਮਰਜੈਂਸੀ” ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਯੋਗ ਜੀਵਨ ਘਟਨਾ ਦੇ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੁਣੋ।
- ਆਪਣੇ ਯੋਗ ਜੀਵਨ ਘਟਨਾ ਦੀ ਮਿਤੀ ਲਈ, ਮੌਜੂਦਾ ਮਿਤੀ ਦਰਜ ਕਰੋ।

ਜੇ ਮੈਨੂੰ COVID-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਲਈ ਬਿੱਲ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕੀ ਹੋਵੇਗਾ?

- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ COVID-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਲਈ ਬਿੱਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਬਿਲਿੰਗ Medi-Cal ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਕਹੋ ਕਿ ਉਹ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਲ ਦੇਣ ਦੀ ਬਜਾਏ Medi-Cal ਨੂੰ ਦਾਅਵਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੇ।
- ਜੇਕਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ COVID-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਣ 'ਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਤਿੰਨ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੱਕ ਦਾ ਪਿਛਲਾ (ਬੈਕ) Medi-Cal ਕਵਰੇਜ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ Covered California ਵਿੱਚ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਬਿਲਰ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਨੂੰ ਦਾਅਵਾ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਲਈ ਕਹੋ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ COVID-19 ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ COVID-19 Uninsured Group Program ਵਿੱਚ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਰਿਫੰਡ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। Medi-Cal Beneficiary Service Center ਨੂੰ 916-403-2007 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਰਿਫੰਡ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ, <https://www.dhcs.ca.gov/conlan> 'ਤੇ Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan) ਵੈੱਬਪੇਜ 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਕੀ ਮੈਂ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ 'ਤੇ COVID-19 ਵੈਕਸੀਨ, ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ?

ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਟੀਕਾਕਰਨ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ, www.myturn.ca.gov 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ COVID-19 ਟੈਸਟਿੰਗ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal ਜਾਂ Covered California ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ COVID-19 ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਬਹੁਤ ਕੁਝ ਲਈ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਸਵਾਲ?

- ਸਾਨੂੰ COVID19Apps@dhcs.ca.gov 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ।
- ਜਾਂ 916-552-9200 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਸਵਾਲਾਂ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:
Department of Health Care Services
Medi-Cal Eligibility Division, MS 4607
P.O. Box 997417
Sacramento, CA 95899-7417

ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਨਾਲ ਆਏ Notice of Language Services ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਫੋਨ ਨੰਬਰਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਧੰਨਵਾਦ,

Department of Health Care Services
State of California

ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਜਬ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੂਚਨਾ

COVID-19 Uninsured Group Program May 31, 2023, ਨੂੰ ਖਤਮ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਸੰਬੰਧੀ ਕਾਨੂੰਨ ਬਦਲ ਚੁਕਿਆ ਹੈ। ਕਾਨੂੰਨ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਦੇ ਕਾਰਣ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਬੰਦ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਅਪੀਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ। (ਅਪੀਲ ਇੱਕ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਫੈਸਲੇ ਉੱਤੇ ਅਪਵਾਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।) ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ Medi-Cal ਅਰਜ਼ੀ, ਲਾਭ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕਿਸੇ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਵਾਜਬ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਸੰਬੰਧਿਤ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਲਈ ਕਿ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਿਵੇਂ ਕਰਨੀ ਹੈ, ਇੱਥੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ:

<https://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing>।

ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349)।