ਐਵਰੀ ਵੂਮਨ ਕਾਊਂਟਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ – ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾਖਲਾ ਅਰਜ਼ੀ

ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ (DHCS), ਐਵਰੀ ਵੂਮਨ ਕਾਊਂਟਸ (EWC) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਿਲਚਸਪੀ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡਾ ਧੰਨਵਾਦ। EWC ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬ੍ਰੈਸਟ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਅਤੇ ਨਿਦਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣਾ ਹੈ, ਤਾਂ EWC ਪ੍ਰਾਥਮਿਕ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (EWC PCP) ਵੀ DHCS ਬ੍ਰੈਸਟ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ, ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸਾਰੇ ਭਾਗਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਯੋਗ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਾਖਲਾ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਸਮੇਂ ਲਈ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਇੱਕ ਸਾਲ ਬਾਅਦ ਬਿਨੈਕਾਰ EWC ਮੁਫ਼ਤ ਬ੍ਰੈਸਟ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਅਤੇ ਨਿਦਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸਨੂੰ EWC PCP ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਰਾ ਦਾਖਲਾ ਕਰਵਾਉਣਾ ਪਵੇਗਾ।

EWC PCP, PCP ਕਲੀਨਿਕ ਸਟਾਫ਼ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- ਪੰਨਾ 1, 2, ਅਤੇ 3 ਤੁਹਾਡੇ (EWC ਬਿਨੈਕਾਰ) ਪੜ੍ਹਨ ਅਤੇ ਸਾਂਭ ਕੇ ਰੱਖਣ ਲਈ ਹਨ।
- ਪੰਨਾ 4, 5 ਅਤੇ 6 ਨੂੰ ਭਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਇਹ ਤੈਅ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।
- ਪੰਨਾ 7, 8, 9 ਅਤੇ 10 ਵਿੱਚ *ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਫਾਰਮ ਸੰਬੰਧੀ ਹਿਦਾਇਤਾਂ* ਹਨ ਤਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪੰਨਾ 4, 5 ਤੇ 6 ਨੂੰ ਭਰ ਸਕੋਂ।
- ਪੰਨਾ 11-14 ਨੂੰ *ਅੰਦਰੂਨੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ EWC PCP* ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਬਿਆਨ

ਇਹ ਅਰਜ਼ੀ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਹਿਤ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ। ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਰਜ਼ੀ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਭਰਨਾ ਹੈ ਕਿ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਭਰਿਆ ਜਾਂਦਾ, ਤਾਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕੇਗਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਇਸ 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:

Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417
(916) 449-5300

ਮਾਲੀਆ ਅਤੇ ਕਰਾਧਾਨ ਕੋਡ ਦੀਆਂ ਧਾਰਾਵਾਂ 30461.6(f) ਅਤੇ (j), ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ ਦੀਆਂ ਧਾਰਾਵਾਂ 104150(b), 104162, ਅਤੇ 131085 EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਤਰ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਸੀਂ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਵਲ ਕੋਡ ਦੀ ਧਾਰਾ 1798.17 ਦੇ ਤਹਿਤ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਬਿਆਨ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਂਗੇ।

ਐਵਰੀ ਵੂਮਨ ਕਾਊਂਟਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਸੰਬੰਧੀ ਅਧਿਕਾਰ

ਤੁਹਾਨੂੰ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਯੋਗਤਾ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਲਏ ਫੈਸਲੇ ਤੋਂ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕਹਿਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਹਿਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕਹਿਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਯੋਗਤਾ ਮਾਪਦੰਡ ਉੱਤੇ ਇਤਰਾਜ਼ ਨਹੀਂ ਜਤਾ ਸਕਦੇ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫੈਸਲਾ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਯੋਗਤਾ ਮਾਪਦੰਡ ਨਾਲ ਮੇਲ ਨਹੀਂ ਖਾਂਦਾ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪਰ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਮਾਪਦੰਡ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਯੋਗਤਾ ਮਾਪਦੰਡ ਨੂੰ ਬਦਲਵਾਉਣ ਲਈ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ। EWC ਯੋਗਤਾ ਮਾਪਦੰਡ ਆਨਲਾਈਨ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਮਸੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਆਪਣੇ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਲਿਖਤੀ ਬੇਨਤੀ ਸਪੁਰਦ ਕਰਾਓ:

- ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ।
- ਇਸਦਾ ਕਾਰਨ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸੁਣਵਾਈ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੰਗ ਕਿਉਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਉਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਫੈਸਲਾ ਗ਼ਲਤ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤਰਜੀਹੀ ਭਾਸ਼ਾ।
- ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ, ਪਤਾ ਅਤੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਚੁਣਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ।

ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ: ਜਿਸ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਉਸਦੇ 20 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮਖਿਆ ਲਈ ਇੱਕ ਲਿਖਤੀ ਬੇਨਤੀ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਭੇਜੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਲਿਖਤੀ ਬੇਨਤੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਰੱਖੋ। EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਵਾਬ ਦੇਵੇਗਾ।

<u>ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਆਪਣੀ ਬੇਨਤੀ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ</u>
Department of Health Care Services
Benefits Division/Every Woman Counts Program
Attention: Division Chief
P.O. Box 997417, MS 4601
Sacramento, CA 95899-7417

ਜਾਂ

<u>ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਲਈ ਆਪਣੀ ਬੇਨਤੀ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ:</u>
CancerDetection@dhcs.ca.gov

EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸੰਪਰਕ ਫ਼ੋਨ, ਲਿਖਤੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ EWC PCP ਨੂੰ ਵੀ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ: ਜਿਸ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ, ਉਸਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਮਾਜਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਇੱਕ ਲਿਖਤੀ ਬੇਨਤੀ ਭੇਜੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸਦਾ ਵਾਜਬ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਉਂ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਇੱਕ ਬੇਨਤੀ ਦਰਜ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾ ਸਕੇ, ਤਾਂ ਵੀ ਤੁਸੀਂ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਸਮਾਂ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਲਿਖਤੀ ਬੇਨਤੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਰੱਖੋ।

<u>ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਆਪਣੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ</u>
California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442
Sacramento, California 94244-24

ਐਵਰੀ ਵੂਮਨ ਕਾਊਂਟਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ – ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾਖਲਾ ਅਰਜ਼ੀ

ਗ਼ੈਰ-ਪੱਖਪਾਤ ਦੀ ਸੂਚਨਾ

DHCS ਫੈਡਰਲ ਅਤੇ ਰਾਜ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਕਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। DHCS ਲਿੰਗ, ਜਾਤੀ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਵੰਸ਼, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਜਾਤੀਗਤ ਸਮੂਹ ਪਛਾਣ, ਉਮਰ, ਮਾਨਸਿਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਸਰੀਰਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ, ਅਨੁਵੰਸ਼ਕ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਵਿਵਾਹਕ ਸਥਿਤੀ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਆਦਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਕਨੂੰਨੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੱਖਪਾਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। DHCS ਲਿੰਗ, ਜਾਤੀ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਵੰਸ਼, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਜਾਤੀਗਤ ਸਮੂਹ ਪਛਾਣ, ਉਮਰ, ਮਾਨਸਿਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਸਰੀਰਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ, ਅਨੁਵੰਸ਼ਕ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਵਿਵਾਹਕ ਸਥਿਤੀ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਆਦਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਕਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਅਲੱਗ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਵੱਖਰਾ ਵਿਹਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

ਬਿਹਤਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨ ਲਈ, DHCS

- ਯੋਗ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਪਯੁਕਤ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:
  - ਸੰਕੇਤਕ ਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਯੋਗ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
  - ਬ੍ਰੇਲ, ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈੱਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼।
  - ਬੋਲੀ, ਸੁਣਨ ਜਾਂ ਦਿਖਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਯੋਗ ਸੰਚਾਰ।
- ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮੁੱਢਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ:
  - ਯੋਗ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
  - ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿੱਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਪਰੋਕਤ ਦੱਸੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ DHCS ਦੇ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ (916)440-7370 'ਤੇ, #711 (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਟੇਟ ਰਿਲੇ) ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਰਾਹੀਂ CivilRights@dhcs.ca.gov'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਐਵਰੀ ਵੂਮਨ ਕਾਊਂਟਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ – ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾਖਲਾ ਅਰਜ਼ੀ

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

1ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ____ 2ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ ____ 3ਆਖਰੀ ਨਾਮ ____

4ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) ____

5ਤੁਹਾਡਾ ਲਿੰਗ ਕੀ ਹੈ? (ਇੱਕ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

☐ ਔਰਤ ☐ ਮਰਦ

☐ ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ (ਔਰਤ ਤੋਂ ਮਰਦ) ☐ ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ (ਮਰਦ ਤੋਂ ਔਰਤ)

6ਤੁਹਾਡੀ ਮਾਤਾ ਦਾ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਆਖਰੀ ਨਾਮ (ਕੁਆਰੀ ਦਾ ਨਾਮ) ____

7ਪਤਾ ____

8ਸ਼ਹਿਰ ____ 9ਰਾਜ ____ 10ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ____

11ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ [(ਖੇਤਰ ਕੋਡ) ਨੰਬਰ] ____

12ਈਮੇਲ ਪਤਾ ____

13ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਹੈ ਤਾਂ ਦੱਸੋ) ____

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਅਤੇ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ। ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਹ ਤੈਅ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਤੁਸੀਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਵੀ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਟੈਕਸ ਭੁਗਤਾਨ ਤੋਂ ਕਿੰਨੀ ਤਨਖਾਹ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਟੈਕਸ ਭਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ "ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ" (ਟੈਕਸ ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ) ਹੈ।

14ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਵਿੱਚ ਕੁੱਲ ਕਿੰਨੇ ਵਿਅਕਤੀ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹਨ? ____

15ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਦੀ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਕਿੰਨੀ ਹੈ $ ____

ਹੁਣ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

☐ 16ਮੈਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਰਵਾਇਆ ਹੋਇਆ ਹੈ।

☐ 17ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਹੈ ਪਰ ਸਾਂਝੀ ਲਾਗਤ, ਕਟੌਤੀ ਜਾਂ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਭਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀਆਂ EWC ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

☐ 18ਕੀ ਤੁਸੀਂ 21 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

☐ 19ਕੀ ਤੁਸੀਂ 40 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਬ੍ਰੀਸਟ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

☐ 20ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਬ੍ਰੀਸਟ ਵਿੱਚ ਇਸਦੇ ਲੱਛਣ ਹਨ ਅਤੇ ਅੱਗੇ ਹੋਰ ਟੈਸਟਿੰਗ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਬ੍ਰੀਸਟ ਵਿੱਚ ਕਿਹੜੇ ਲੱਛਣ ਹਨ:

☐ 21ਤੁਹਾਡੀ ਛਾਤੀ ਦੀ ਦਿੱਖ ਜਾਂ ਅਹਿਸਾਸ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ, ਜਿਵੇਂ ਰੰਗ, ਆਕਾਰ ਜਾਂ ਆਕ੍ਰਿਤੀ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ

☐ 22ਤੁਹਾਡੀ ਬ੍ਰੀਸਟ ਵਿੱਚ ਸੋਜਸ਼ ਜਾਂ ਫੁਲਾਵਟ

☐ 23ਨਿੱਪਲ ਵਿੱਚੋਂ ਰਿਸਾਵ

☐ 24ਤੁਹਾਡੀ ਬ੍ਰੀਸਟ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਗੰਢ ਜਾਂ ਰਸੌਲੀ

☐ 25ਇਨਵਰਟਿਡ ਨਿੱਪਲ

☐ 26ਬ੍ਰੀਸਟ ਜਾਂ ਨਿੱਪਲ ਪੇਨ

☐ 27ਕੋਈ ਹੋਰ: ____

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਤੰਬਾਕੂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

28ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਤੰਮਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਕਰਦੇ ਹੋ? ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਹਾਂ

29ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਤੰਬਾਕੂ ਦੇ ਹੋਰ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ? ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਹਾਂ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੋਰ ਦੱਸੋ: __________

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਜਾਤੀ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ (ਵਿਕਲਪਿਕ ਅਤੇ ਗੁਪਤ): ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ 'ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਵਿਕਲਪ ਨੂੰ ਚੁਣੋ। ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੀ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਨਹੀਂ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

☐ 30ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲਾਤੀਨੀ

☐ 31ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ

☐ 32ਏਸ਼ੀਆਈ (ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ)

- ☐ 33ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ ☐ 34ਕੰਬੋਡੀਅਨ ☐ 35ਚੀਨੀ ☐ 36ਫਿਲੀਪੀਨੋ
- ☐ 37ਹਮਾਂਗ ☐ 38ਜਪਾਨੀ ☐ 39ਕੋਰੀਅਨ ☐ 40ਲਾਓਤੀਅਨ
- ☐ 41ਵਿਅਤਨਾਮੀ ☐ 42ਹੋਰ ਏਸ਼ੀਆਈ: __________

☐ 43ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ

☐ 44ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਦੀਪਵਾਸੀ (ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ)

- ☐ 45ਗੁਆਮੇਨਿਅਨ ☐ 46ਹਵਾਈ ☐ 47ਸਮੋਅਨ ☐ 48ਕੋਈ ਹੋਰ ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਦੀਪਵਾਸੀr: __________

☐ 49ਗੋਰੇ

☐ 50ਕੋਈ ਹੋਰ: __________

☐ 51ਜਵਾਬ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ

ਆਪਣੀ ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ (ਵਿਕਲਪਿਕ ਅਤੇ ਗੁਪਤ) ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੀ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਨਹੀਂ ਵਰਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਤੁਹਾਡਾ ਲਿੰਗ ਕੀ ਹੈ? (ਉਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਦਾ ਬਿਹਤਰ ਵਰਣਨ ਕਰਦਾ ਹੈ।)

☐ 52ਔਰਤ ☐ 53ਮਰਦ

☐ 54ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ (ਮਰਦ ਤੋਂ ਔਰਤ) ☐ 55ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ (ਔਰਤ ਤੋਂ ਮਰਦ)

☐ 56ਨੌਨ-ਬਾਈਨਰੀ (ਨਾ ਹੀ ਔਰਤ ਨਾ ਹੀ ਮਰਦ)

☐ 57ਕੋਈ ਹੋਰ ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ __________

ਤੁਹਾਡੇ ਜਨਮ ਸਟੀਫਿਕੇਟ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਲਿੰਗ ਬਾਰੇ ਕੀ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ? ☐ 58ਔਰਤ ☐ 59ਮਰਦ

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਕੀ ਸੋਚਦੇ ਹੋ?

☐ 60ਸਟ੍ਰੇਟ ਜਾਂ ਹੈਟਰੋਸੈਕਸ਼ੁਅਲ ☐ 61ਲੈਸਬੀਅਨ ਜਾਂ ਗੇ ☐ 62ਬਾਈਸੈਕਸ਼ੁਅਲ

☐ 63ਕਵੀਰ ☐ 64ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ: ☐ 65ਅਗਿਆਤ

____

ਘੋਸ਼ਣਾਵਾਂ(ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰੇਕ ਚੀਜ਼ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ)

______ 66ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਤੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ, ਮੌਖਿਕ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਕਰਕੇ, ਮੈਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਸਰਕਾਰ ਦੁਆਰਾ ਵਿੱਤਪੋਸ਼ਿਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ) ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।

______ 67ਮੈਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤਹਿਤ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੁਫ਼ਤ ਬ੍ਰੀਸਟ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਅਤੇ ਨਿਦਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।

______ 68ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇਹ ਸਮਝੌਤਾ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਚੱਲੇਗਾ। EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਲਈ ਮੈਨੂੰ ਹਰ ਸਾਲ ਨਵੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ।

______ 69ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ।

______ 70ਜੇਕਰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਹੋਰ ਮੈਡੀਕਲ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਤੁਰੰਤ EWC PCP ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕਰਾਂਗਾ/ਗੀ।

______ 71ਮੈਨੂੰ DHCS ਦੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ (ਅਲੱਗ ਫਾਰਮ) ਮਿਲ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਸਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ।

______ 72ਮੈਂ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਪੱਖਪਾਤ ਦੀ ਸੂਚਨਾ (ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਪੰਨਾ 1, 2 ਅਤੇ 3 'ਤੇ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਈ ਹੈ।

______ 73ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮਿਲ ਗਈ ਹੈ ਕਿ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਸਸਤੀ ਕੀਮਤ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ (ਅਲੱਗ ਫਾਰਮ) ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਹੈ।

______ 74ਮੈਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਾਜ ਦੇ ਕਨੂੰਨ ਵਿੱਚ ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇ ਦੰਡ ਦੇ ਤਹਿਤ ਘੋਸ਼ਿਤ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਸਰਵੋਤਮ ਗਿਆਨ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਗ਼ਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਨਾਲ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤਹਿਤ ਕੈਂਸਰ ਰੋਕਥਾਮ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

75 ਤੁਹਾਡੇ ਹਸਤਾਖਰ ______________________ ਮਿਤੀ __________

ਕੀ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ ਮੌਖਿਕ ਸਹਿਮਤੀ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸੀ? ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਹਾਂ

76ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸਦਾ ਨਾਮ, ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ ਅਤੇ ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।)

ਨਾਮ ______________ ਸੰਬੰਧ ______________ ਮਿਤੀ __________

77ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ PCP ਜਾਂ PCP ਕਲੀਨਿਕ ਸਟਾਫ ਹੈ ਤਾਂ ਨਾਮ, ਸਥਿਤੀ/ਅਹੁਦਾ, ਅਤੇ ਮਿਤੀ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।)

ਨਾਮ ______________ ਸੰਬੰਧ ______________ ਮਿਤੀ __________

78ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖ਼ਰ:

ਹਸਤਾਖ਼ਰ ______________________ ਮਿਤੀ __________

ਐਵਰੀ ਵੂਮਨ ਕਾਊਂਟਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ – ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾਖਲਾ ਅਰਜ਼ੀ

ਇਸ EWC ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਫਾਰਮ ਹਿਦਾਇਤਾਂ
(ਪੰਨਾ 7 ਤੋਂ 10)

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

1. ਆਪਣਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ।
2. ਆਪਣੇ ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਅੱਖਰ ਲਿਖੋ।
3. ਆਪਣਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਲਿਖੋ।
4. ਆਪਣੀ ਜਨਮ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ। ਮਹੀਨੇ ਲਈ 2 ਸੰਖਿਆਵਾਂ, ਦਿਨ ਲਈ 2 ਸੰਖਿਆਵਾਂ ਅਤੇ ਸਾਲ ਲਈ 4 ਸੰਖਿਆਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, 1 ਜਨਵਰੀ, 2001 ਨੂੰ 01/01/2001 ਲਿਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
5. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਅਸਲੀ ਲਿੰਗ ਔਰਤ ਹੈ ਤਾਂ: ਔਰਤ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਮਰਦ ਹੈ ਤਾਂ: ਮਰਦ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ (ਮਰਦ ਤੋਂ ਔਰਤ) ਹੋ: ਤਾਂ ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ (ਮਰਦ ਤੋਂ ਔਰਤ) 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ (ਔਰਤ ਤੋਂ ਮਰਦ) ਹੋ: ਤਾਂ ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ (ਔਰਤ ਤੋਂ ਮਰਦ) 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
6. ਆਪਣੀ ਮਾਤਾ ਦਾ ਕੁਆਰੀ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ। ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਉਦੋਂ ਦਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ਹੈ ਜਦੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜਨਮ ਹੋਇਆ ਸੀ।
7. ਗਲੀ ਦਾ ਨੰਬਰ, ਅਤੇ ਉਸ ਥਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, 123 ਮੇਨ ਸਟ੍ਰੀਟ।
8. ਉਹ ਸ਼ਹਿਰ ਲਿਖੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ।
9. ਉਹ ਰਾਜ ਲਿਖੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ।
10. ਉਥੋਂ ਦਾ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ ਲਿਖੋ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ।
11. ਆਪਣਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ। ਤਿੰਨ ਅੰਕਾਂ ਦੇ ਖੇਤਰੀ ਕੋਡ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 8 ਅੰਕਾਂ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ।
12. ਆਪਣਾ ਈਮੇਲ ਪਤਾ ਲਿਖੋ।
13. ਆਪਣਾ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ (SSN) ਲਿਖੋ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਤੁਹਾਡੇ SSN ਨਾਲ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗੀ।

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਅਤੇ ਕੁੱਲ ਆਮਦਨ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

14. ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਲਿਖੋ। ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਦੋ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਸਮੂਹ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਜਨਮ ਤੋਂ, ਵਿਆਹ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਗੋਦ ਲੈਣ ਕਰਕੇ ਆਪਸੀ ਰਿਸ਼ਤਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਜੋ ਇਕੱਠੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। EWC ਤੁਹਾਡੀ ਗਰੀਬੀ ਦਾ ਪੱਧਰ ਤੈਅ ਕਰਨ ਲਈ ਆਮਦਨ ਯੋਗਤਾ ਵਾਸਤੇ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਜ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ (HHS) ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਾਰੇ EWC ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾਵਾਂ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਦੀ ਆਮਦਨ HHS ਫੈਡਰਲ ਗਰੀਬੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ 200 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੱਕ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।
15. ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕੁੱਲ ਰਕਮ (ਜੋ ਟੈਕਸ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਟੌਤੀਆਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ) ਲਿਖੋ। ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਵਿੱਚ ਲਾਈਨ 14 ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੀ ਕੁੱਲ ਗਿਣਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਕੁੱਲ ਰਕਮ ਨਾਲ ਗੁਜ਼ਾਰਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ।

ਹੁਣ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

16. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੋਈ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।
17. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਜਾਂ ਕੋਈ ਸਿਹਤ-ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਹੈ ਪਰ ਸਾਂਝੀ ਲਾਗਤ, ਕਟੌਤੀਆਂ ਅਤੇ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਹੜੀਆਂ EWC ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ (ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)

18. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ 21 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।
19. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ 40 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਬ੍ਰੈਸਟ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

20. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬ੍ਰੀਸਟ ਵਿੱਚ ਲੱਛਣ ਹਨ ਅਤੇ ਬ੍ਰੀਸਟ ਕੈਂਸਰ ਜਾਂਚ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
21. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬ੍ਰੀਸਟ ਦਾ ਸਾਈਜ਼, ਰੰਗ ਜਾਂ ਸ਼ੇਪ ਬਦਲ ਗਈ ਹੈ।
22. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬ੍ਰੀਸਟ ਟਿਸ਼ੂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸੋਜਸ਼ ਜਾਂ ਫੁਲਾਵਟ ਹੈ।
23. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਨਿੱਪਲ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਰਿਸਾਵ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
24. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬ੍ਰੀਸਟ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਗੰਢ ਜਾਂ ਰਸੌਲੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
25. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿੱਪਲ ਉਲਟਾ ਹੈ
26. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਬ੍ਰੀਸਟ ਜਾਂ ਨਿੱਪਲ ਵਿੱਚ ਦਰਦ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ
27. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬ੍ਰੀਸਟ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ ਲੱਛਣ ਦਿਖਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੇ ਲੱਛਣ ਲਿਖੋ।

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਤੰਬਾਕੂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ

28. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹੁਣ ਤੰਬਾਕੂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ 'ਨਹੀਂ' ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਤੰਬਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ 'ਹਾਂ' ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
29. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਤੰਬਾਕੂ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ 'ਨਹੀਂ' ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਤੰਬਾਕੂ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ 'ਹਾਂ' ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਅਤੇ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਤੰਬਾਕੂ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ।

ਆਪਣੀ ਜਾਤੀ ਬਾਰੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ

30. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲਾਤੀਨੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
31. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
32. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਏਸ਼ੀਆਈ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
33. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
34. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕੰਬੋਡੀਅਨ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
35. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਚੀਨੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
36. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਫਿਲੀਪੀਨੋ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
37. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਹਮਾਂਗ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
38. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਜਪਾਨੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
39. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕੋਰੀਅਨ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
40. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਲਾਓਤੀਅਨ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
41. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਵਿਅਤਨਾਮੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
42. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਹੋਰ ਏਸ਼ੀਆਈ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਆਪਣੀ ਜਾਤੀ ਲਿਖੋ।
43. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
44. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਦੀਪਵਾਸੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਅਤੇ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ।
45. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਗੁਆਮੇਨੀਅਨ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
46. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਹਵਾਈਅਨ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
47. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸਮੋਅਨ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
48. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਦੀਪਵਾਸੀ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਅਤੇ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਦੱਸੋ।
49. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅਸ਼ੰਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਗੋਰੇ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

50. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਇੱਥੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਜਾਤੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ। ਆਪਣੀ ਜਾਤੀ ਲਿਖੋ।
51. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਜਾਤੀ ਨਹੀਂ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਅਤੇ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ (ਵਿਕਲਪਿਕ ਅਤੇ ਗੁਪਤ)

52. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਔਰਤ ਹੋ।
53. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਮਰਦ ਹੋ।
54. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਮਰਦ ਸੀ ਪਰ ਹੁਣ ਔਰਤ ਹੋ।
55. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਔਰਤ ਸੀ ਪਰ ਹੁਣ ਮਰਦ ਹੋ।
56. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਨੌਨ-ਬਾਈਨਰੀ (ਨਾ ਹੀ ਔਰਤ ਨਾ ਹੀ ਮਰਦ) ਹੈ।
57. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਦੱਸੋ।
58. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਔਰਤ ਸੀ।
59. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਤੁਸੀਂ ਮਰਦ ਸੀ।
60. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਸਟ੍ਰੇਟ ਜਾਂ ਹੈਟਰੋਸੈਕਸ਼ੁਅਲ (ਆਪਣੇ ਵਿਪਰੀਤ ਲਿੰਗ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਵੱਲ ਜਿਨਸੀ ਆਕਰਸ਼ਣ) ਹੈ।
61. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਲੈਸਬੀਅਨ ਜਾਂ ਗੇ (ਆਪਣੇ ਲਿੰਗ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਵੱਲ ਜਿਨਸੀ ਆਕਰਸ਼ਣ) ਹੈ।
62. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਬਾਈਸੈਕਸ਼ੁਅਲ (ਮਰਦ ਅਤੇ ਔਰਤਾਂ ਦੋਵਾਂ ਵੱਲ ਜਿਨਸੀ ਆਕਰਸ਼ਣ) ਹੈ।
63. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਕਵੀਰ (ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੈਟਰੋਸੈਕਸ਼ੁਅਲ ਨਹੀਂ) ਹੈ।
64. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ।
65. ਇਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਜਿਨਸੀ ਝੁਕਾਅ ਬਾਰੇ ਨਹੀਂ ਪਤਾ।

ਘੋਸ਼ਣਾਵਾਂ, ਪੂਰੀ ਕੀਤੀ ਅਰਜ਼ੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਸਹਿਮਤੀ: ਦਸਤਖ਼ਤ ਅਤੇ ਹਸਤਾਖਰ

66. ਵਾਕ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਇਹ ਸਮਝ ਦਰਸਾ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਲਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਯੋਗਤਾ ਵਾਸਤੇ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਰਹੇ ਹੋ।
67. ਵਾਕ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਦਰਸਾ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫ਼ਤ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬ੍ਰੈਸਟ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਅਤੇ ਨਿਦਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ।
68. ਵਾਕ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਦਰਸਾ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਇਸ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਜੋ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਉੱਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਇੱਕ ਸਾਲ ਤੱਕ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇਗਾ। 12-ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹਰ ਸਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਨਵੀਂ ਅਰਜ਼ੀ ਪੂਰੀ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ।
69. ਵਾਕ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ। ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣਾ ਬੰਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
70. ਵਾਕ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਦਰਸਾ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਮੈਡੀਕਲ ਕਵਰੇਜ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਬਦੀਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਤੁਰੰਤ ਆਪਣੇ EWC PCP ਨੂੰ ਦੱਸੋਗੇ।
71. ਵਾਕ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਦਰਸਾ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ DHCS ਦੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ (NPP ਇੱਕ ਅਲੱਗ ਫਾਰਮ ਹੈ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਈ ਹੈ।
72. ਵਾਕ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ ਤੁਸੀਂ ਦਰਸਾ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਪੱਖਪਾਤ ਦੀ ਸੂਚਨਾ (ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਪੰਨਾ 1, 2 ਅਤੇ 3 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਈ ਹੈ।

73. ਵਾਕ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਦਰਸਾ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ EWC PCP ਨੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਕਿ ਮੁਫ਼ਤ ਅਤੇ ਸਸਤੀ ਕੀਮਤ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਿਵੇਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨਾ ਹੈ।
74. 66 ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ 74 ਤੱਕ ਵਾਕ ਪੜ੍ਹੋ ਅਤੇ ਹਰੇਕ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ। ਤੁਸੀਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੁਹਾਡੇ ਸਰਵੋਤਮ ਗਿਆਨ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸਹੀ ਅਤੇ ਸਟੀਕ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦੇ ਹੋ ਕਿ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਗ਼ਲਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਨਾਲ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਬ੍ਰੈਸਟ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਅਤੇ ਨਿਦਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
75. ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਹਸਤਾਖਰ ਅਤੇ ਮਿਤੀ) ਲਿਖੋ। ਜੇਕਰ ਬਿਨੈਕਾਰ ਮੌਖਿਕ ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ PCP ਅਤੇ ਕਲੀਨਿਕ ਸਟਾਫ ਨੂੰ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿਖਣਾ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰਨਾ) ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਜਾਂ ਹਾਂ ਉੱਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
76. ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ, ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਉਸ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਸੰਬੰਧ ਲਿਖੋ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।)
77. PCP, ਜਾਂ PCP ਕਲੀਨਿਕ ਸਟਾਫ, ਤੁਹਾਡੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਅਤੇ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਸਥਿਤੀ/ਅਹੁਦੇ ਸਮੇਤ), ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।)
78. 77 ਜਾਂ 78 ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ (ਹਸਤਾਖ਼ਰ) ਕਰੋ ਅਤੇ ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ। EWC ਪ੍ਰਾਥਮਿਕ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (PCP) ਲਈ

ਐਵਰੀ ਵੂਮਨ ਕਾਊਂਟਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ – ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾਖਲਾ ਅਰਜ਼ੀ

EWC ਪ੍ਰਾਥਮਿਕ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (PCP) ਲਈ
ਸਿਰਫ਼ ਅੰਦਰੂਨੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ (ਪੰਨਾ 11 ਤੋਂ 14)

ਜੇਕਰ ਮੌਖਿਕ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਮੌਖਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ, ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇ ਹਰੇਕ ਭਾਗ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀ/ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਤੋਂ ਉਸਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਮੌਖਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਪੁੱਛੋ।

☐ 1. EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ) ______________________

☐ 2. ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਨੰਬਰ ______________________

☐ 3. ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ID ______________________

ਯੋਗਤਾ ਮਾਪਦੰਡ

<u>ਰਿਹਾਇਸ਼</u>

☐ 4. ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ

<u>ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਆਮਦਨ</u>

☐ 5. ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਦੀ ਆਮਦਨ HHS ਫੈਡਰਲ ਗਰੀਬੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ 200 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੱਕ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ।

<u>ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ</u>

☐ 6. ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾਇਆ ਹੈ ☐ 7. ਸਾਂਝੀ ਲਾਗਤ, ਕਟੌਤੀ ਅਤੇ ਜਾਂ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਭਰ ਸਕਦਾ

<u>EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸੇਵਾਵਾਂ</u>

☐ 8. ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਲੱਛਣਾਂ ਨਾਲ ਗ੍ਰਸਤ ਬਿਨੈਕਾਰ ਲਈ ਬ੍ਰੈਸਟ ਕੈਂਸਰ ਨਿਦਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

☐ 9. ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਸਿਫਾਰਸ਼ੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ, ਬ੍ਰੈਸਟ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ

<u>ਮੈਂ ਇਸ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਦਿੱਤੀ ਹੈ:</u>

☐ 10. ਮੈਂ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ DHCS ਦੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।

☐ 11. ਮੈਂ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ DHCS ਪਹਿਲੇ ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਸੰਬੰਧੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਪੱਖਪਾਤ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਦਿੱਤੀ ਹੈ

☐ 12. ਮੈਂ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਅਤੇ ਸਸਤੀ ਕੀਮਤ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।

<u>ਯੋਗਦਾ ਨਿਰਧਾਰਨ:</u>

☐ 13. ਮੇਰੇ ਅਨੁਸਾਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਯੋਗਤਾ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

☐ 14. ਮੇਰੇ ਅਨੁਸਾਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਯੋਗਤਾ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ।

<u>ਤੰਬਾਕੂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ (ਜੇਕਰ EWC ਲਈ ਲਾਗੂ ਹੈ)</u>

☐ 15. PCP ਨੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਤੰਬਾਕੂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤਾ:

- ☐ ਮੇਰੇ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿਨੈਕਾਰ ਤੰਬਾਕੂ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਉਪਯੁਕਤ ਤੰਬਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਮੁਕਤੀ ਸੰਸਾਧਨਾਂ ਲਈ ਰੈਫਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਮੈਂ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਕਿ 'ਹਾਂ' ਵਾਲੇ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲੱਗਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ।
- ☐ ਮੇਰੇ ਅਨੁਸਾਰ ਬਿਨੈਕਾਰ ਤੰਬਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ 'ਨਾ' ਵਾਲੇ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲੱਗਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੈ।
- ☐ ਜੇਕਰ ਬਿਨੈਕਾਰ ਤੰਬਾਕੂ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਪਤਾ ਲਗਾਇਆ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਖਾਸ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਮੈਂ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਕਿ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਖਾਸ ਤੰਬਾਕੂ ਉਤਪਾਦਾਂ ਨੂੰ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ ਸੀ।

☐ 16. 76, 77, ਅਤੇ 78 ਲਾਈਨਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਿੰਟ ਜਾਂ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੀ ਗਈ ਹੈ। (ਪੰਨਾ 6 ਅਤੇ 12)

- ☐ ਹਸਤਾਖਰ ਲਾਈਨ 75 (ਪੰਨਾ 6) 'ਤੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ
- ☐ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰੋ ਕਿ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਮੌਖਿਕ ਸਹਿਮਤੀ ਦੁਆਰਾ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸੀ ਅਤੇ ਲਾਈਨ 75 (ਪੰਨਾ 6) ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਨਾ ਦੇ ਬਕਸਿਆਂ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।
- ☐ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ PCP ਕਲੀਨਿਕ ਸਟਾਫ ਹੋ, ਤਾਂ ਲਾਈਨ 76 ਅਤੇ 17 (ਪੰਨਾ 6 ਅਤੇ 12) ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਨਾਮ, ਸਥਿਤੀ/ਅਹੁਦਾ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।
- ☐ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ PCP ਹੋ, ਤਾਂ ਲਾਈਨ 78 ਅਤੇ ਲਾਈਨ 19 (ਪੰਨਾ 6 ਅਤੇ 12) ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ।

☐ 17. ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੈ, ਤਾਂ ਲਾਈਨ 76 ਅਤੇ ਲਾਈਨ 17 'ਤੇ ਕਲੀਨਿਕ ਸਟਾਫ ਨਾਮ (ਸਥਿਤੀ/ਅਹੁਦਾ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ) ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।

ਨਾਮ ______________________ ਸਥਿਤੀ/ਅਹੁਦਾ ______________________ ਮਿਤੀ ____________

☐ 18. <u>ਮੈਂ EWC ਕਲੀਨਿਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਯੋਗਤਾ ਅਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਇਸ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਉਪਯੁਕਤ ਪ੍ਰਿੰਟਡ ਨਾਮ, ਹਸਤਾਖਰ ਅਤੇ ਅਹੁਦੇ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹਨ) ਅਤੇ ਮਿਤੀਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਈਆਂ ਹਨ।</u> ਇਸ ਵਿੱਚ ਲਾਈਨ 76, 77, ਅਤੇ 78 (ਪੰਨਾ 6) 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਸਤਾਖਰ ਅਤੇ ਮਿਤੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ।

☐ 19. EWC PCP ਯੋਗਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ (ਪੰਨਾ 14 ਵਿੱਚੋਂ 12) ਇਸ DHCS 8699 ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੋ।

PCP/ਸਟਾਫ ਹਸਤਾਖਰ ________________________________ ਮਿਤੀ ____________

☐ 20. EWC ਬਿਨੈਕਾਰ/ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਮੈਡੀਕਲ ਫਾਈਲ ਵਿੱਚ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਸੰਭਾਲ ਕੇ ਰੱਖੋ।

EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਰਜ਼ੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਅਤੇ ਆਖਰੀ) ਲਿਖਦੇ ਹੋ।
2. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਨੰਬਰ ਲਿਖਦੇ ਹੋ।
3. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ EWC ਦੁਆਰਾ ਸਪੁਰਦ ਕੀਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ID ਲਿਖਦੇ ਹੋ।
4. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।
5. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਦੀ ਆਮਦਨ ਫੈਡਰਲ ਗਰੀਬੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ 200 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੱਕ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਹੈ। ਇਹ ਪਰਿਵਾਰ/ਘਰ ਵਿੱਚ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀਆਂ ਸੰਖਿਆਵਾਂ ਉੱਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਮੌਜੂਦਾ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਫੈਡਰਲ ਗਰੀਬੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ EWC ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ: https://dhcs.ca.gov/EWC
6. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਹੈ (ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।)
7. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਦਾ ਬੀਮਾ, ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਹੈ, ਪਰ ਉਹ ਸਾਂਝੀ ਲਾਗਤ, ਕਟੌਤੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਨਹੀਂ ਭਰ ਸਕਦਾ।
8. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ ਬ੍ਰੈਸਟ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਲੱਛਣ ਹਨ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਨਿਦਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।
9. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ 21 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਾਲ ਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਅਤੇ ਨਿਦਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜਾਂ ਜੇਕਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ 40 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਾਲ ਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਨੂੰ ਬ੍ਰੈਸਟ ਕੈਂਸਰ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਅਤੇ ਨਿਦਾਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।
10. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ DHCS ਦੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।
11. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਭਿਆਸਾਂ ਦਾ ਨੋਟਿਸ, ਪਹਿਲੇ ਪੱਧਰ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਅਤੇ ਰਸਮੀ ਸੁਣਵਾਈ ਅਧਿਕਾਰਾਂ, ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਪੱਖਪਾਤ ਦੀ ਸੂਚਨਾ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।
12. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਨੂੰ ਮੁਫ਼ਤ ਅਤੇ ਸਸਤੀ ਕੀਮਤ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।
13. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਸਾਰੇ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਯੋਗਤਾ ਮਾਪਦੰਡ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।
14. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਸਾਰੇ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਯੋਗਤਾ ਮਾਪਦੰਡ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ।
    a. ਜੇਕਰ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤਹਿਤ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦਿਓ ਕਿ ਉਹ ਫੈਸਲੇ ਲਈ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
15. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਬਿਨੈਕਾਰ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ, ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ PCP ਨੇ ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਤੰਬਾਕੂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਬਾਰੇ ਚਰਚਾ ਕੀਤੀ ਹੈ।
16. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਹਨ ਅਤੇ ਅੱਜ ਦੀ ਮਿਤੀ ਲਿਖੀ ਹੈ। ਅਗਲੀ ਲਾਈਨ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।
17. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਉਪਯੁਕਤ ਹਸਤਾਖਰ, ਡੇਟਾ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਲੈ ਲਈ ਹੈ ਕਿ ਇਹ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪ੍ਰਾਪਤਕਰਤਾ EWC ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲਾ ਲੈਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਹਿਤ ਕਵਰ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੈ।
18. ਇਹ ਦਰਸਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸਾਰੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਸਤਾਖਰ, ਮਿਤੀਆਂ, ਅਹੁਦੇ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੈ) ਅਤੇ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਈ ਹੈ। ਲਾਈਨ 76 ਅਤੇ 77 (ਪੰਨਾ 6) 'ਤੇ ਦਰਸਾਏ ਅਨੁਸਾਰ, ਬਿਨੈਕਾਰ ਜਾਂ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੀ ਤਰਫੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਅਧਿਕਾਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ, ਮੌਖਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਦੇ ਲਿਖਤੀ ਹਸਤਾਖਰ, ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।

19. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ (ਪੰਨਾ 14 ਵਿੱਚੋਂ 12) 'ਤੇ PCP/ਸਟਾਫ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੇ ਹਨ।
20. ਇਸ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ EWC ਬਿਨੈਕਾਰ ਮੈਡੀਕਲ ਫਾਈਲ ਵਿੱਚ ਇਸ ਅਰਜ਼ੀ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਸੰਭਾਲ ਕੇ ਰੱਖੀ ਹੈ।