

ਨਾਮਜ਼ਦ ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫਾਰਮ

ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਇੱਕ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ (ਪ੍ਰਵਾਨਿਤ) ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਵਜੋਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਖਾਸ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਜਿਸਦੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਸਾਬਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ (ਭੇਜਣ) ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰੋ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨਾਲ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Member Services
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
ਫੈਕਸ: (707) 420-7580

ਇਹ ਉਹਨਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸਮਾਂ ਦੀਆਂ **ਉਦਾਹਰਨਾਂ** ਹਨ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ:

ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ/ਨਾ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਮਾਪੇ – ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ:

- ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਮੁਲਾਕਾਤ (ਮਾਪਿਆਂ ਦਾ ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਸਮਾਂ) ਦਾ ਆਦੇਸ਼ ਨਾਲ ਲਗਾਇਆ ਗਿਆ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ (ਫਾਰਮ FL-341)
- ਸੁਣਵਾਈ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਸਿੱਟੇ ਅਤੇ ਆਦੇਸ਼ (ਫਾਰਮ FL-340)
- ਫ਼ੈਸਲਾ (ਫਾਰਮ FL-180 ਜਾਂ ਫਾਰਮ FL-250)
- ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮੁਲਾਕਾਤ ਲਈ ਸ਼ਰਤ ਅਤੇ ਆਦੇਸ਼ (ਫਾਰਮ FL-355)

ਸਰਪ੍ਰਸਤੀ/ਗੋਦ ਲੈਣਾ – ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ:

- ਨਾਬਾਲਗ ਦੇ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਨਿਯੁਕਤੀ ਦਾ ਆਦੇਸ਼
- ਗੋਦ ਲੈਣ ਦਾ ਆਦੇਸ਼ (ADOPT-215)
- ਗੋਦ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੋਵੇਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ

ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ – ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ:

- ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰਨ ਦਾ ਆਦੇਸ਼

ਜਾਇਦਾਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ/ਵਸੀਅਤ ਦਾ ਕਾਰਜਕਰਤਾ – ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ:

- ਵਸੀਅਤ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਲਈ ਆਦੇਸ਼ (ਫਾਰਮ DE-140) ਅਤੇ ਪੱਤਰ (ਫਾਰਮ DE-150)

ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਾਪੇ / ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਸੀ / ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਨਰਸ – ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰੋ:

- ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਾਪਿਆਂ ਨਾਲ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਰੱਖਣ ਦਾ ਇਕਰਾਰਨਾਮਾ, ਅਤੇ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀ ਵੱਲੋਂ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੀ ਸੂਚਨਾ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੰਨਚੁਗੀ।

ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ:

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੰਬੰਧੀ ਫ਼ੈਸਲੇ ਲੈਣ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰਤ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਮੁੱਖ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਇੱਕ ਬਿਆਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂਬਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:	ਆਖਰੀ ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	
ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	ਜਨਮ ਮਿਤੀ:
ਮੈਂਬਰ ID/CIN:	

ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:	ਆਖਰੀ ਨਾਮ:
ਪਤਾ:	
ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	ਜਨਮ ਮਿਤੀ:

ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਮਿਆਦ ਸਮਾਪਤੀ

- ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਠੀਕ ਇੱਕ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਇਸ ਮਿਤੀ ਨੂੰ (ਮਿਤੀ ਲੋੜੀਂਦੀ ਹੈ) ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ: _____
- ਅਗਲੀ ਅਦਾਲਤੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____

ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਕਿਸਮ ਦੇ ਅੱਗੇ ਵਾਲੇ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ।

<input type="checkbox"/> ਨਾਬਾਲਗ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ	<input type="checkbox"/> ਨਾਬਾਲਗ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਨਾ ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ
<input type="checkbox"/> ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ	<input type="checkbox"/> ਗੋਦ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ
<input type="checkbox"/> ਦੇਖਭਾਲਕਾਰਤਾ	<input type="checkbox"/> ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ
<input type="checkbox"/> ਜਾਇਦਾਦ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਕ/ਵਸੀਅਤ ਦਾ ਕਾਰਜਕਰਤਾ	<input type="checkbox"/> ਬੱਚੇ ਦਾ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮਾਪੇ/ਬਾਲ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਸੀ
<input type="checkbox"/> ਕੋਈ ਹੋਰ:	

ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਪ੍ਰਮਾਣੀਕਰਨ

ਮੈਂ California ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਅਧੀਨ, ਝੂਠੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇਣ ਦੀ ਸਜ਼ਾ ਦੇ ਤਹਿਤ, ਤਸਦੀਕ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ (ਲਿਖਿਆ) ਸੱਚ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

_____	_____
ਦਸਤਖਤ	ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ

ਸਾਫ-ਸਾਫ ਨਾਮ

ਮਿਤੀ

ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਤਸਦੀਕ (ਸਿਰਫ Partnership ਵੱਲੋਂ ਵਰਤੋਂ ਲਈ)

ਕੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਹੈ?

ਹਾਂ

ਨਹੀਂ

ਨੱਥੀ ਕੀਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਕਿਸਮ:

Partnership ਸਟਾਫ ਦੁਆਰਾ ਤਸਦੀਕ ਕੀਤਾ ਗਿਆ:

ਨਾਮ:
ਵਿਭਾਗ: