

ਮੁੱਢਲਾ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਚੋਣ ਫਾਰਮ

ਆਪਣੇ ਮੁੱਢਲੇ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (Primary Care Provider, PCP) ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਜਾਂ ਉਸਨੂੰ ਬਦਲਣ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰੋ:

1. ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਨਾਮ, ਜਨਮ ਮਿਤੀ, ਅਤੇ Partnership ਜਾਂ Medi-Cal ID ਨੰਬਰ।
2. ਸਾਡੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ PCP ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ PCP ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ।
3. ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ।
4. ਮੁਕੰਮਲ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮ ਨੂੰ (707) 863-4415 'ਤੇ ਫੈਕਸ ਕਰੋ।

ਪਹਿਲਾ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਨਾਮ: _____ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _____ Partnership ID ਨੰਬਰ: _____ PCP ਦਾ ਨਾਮ: _____ PCP#: _____
ਪਹਿਲਾ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਨਾਮ: _____ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _____ Partnership ID ਨੰਬਰ: _____ PCP ਦਾ ਨਾਮ: _____ PCP#: _____
ਪਹਿਲਾ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਨਾਮ: _____ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _____ Partnership ID ਨੰਬਰ: _____ PCP ਦਾ ਨਾਮ: _____ PCP#: _____
ਪਹਿਲਾ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਨਾਮ: _____ ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _____ Partnership ID ਨੰਬਰ: _____ PCP ਦਾ ਨਾਮ: _____ PCP#: _____

ਜੇਕਰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਜਨਮ ਦੇਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਿਤ ਮਿਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

ਨਾਮ: _____ ਜਨਮ ਦੇਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਿਤ ਮਿਤੀ: _____

ਮੁੱਢਲਾ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਚੋਣ ਫਾਰਮ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਮੌਜੂਦਾ ਡਾਕ ਪਤਾ ਭਰੋ:

ਪਤਾ: _____

ਸ਼ਹਿਰ: _____ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: _____ ਫੋਨ ਨੰਬਰ: _____

ਈ-ਮੇਲ ਪਤਾ: _____

Partnership ਲਈ ਪਤੇ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਬਦਲਾਵਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕਾਉਂਟੀ ਦੇ Medi-Cal ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਸੂਚਨਾ ਭੇਜਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਉਹ ਮੈਂਬਰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹਨ ਜੋ SSI ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਮੈਂਬਰਾਂ ਕੋਲ ਸਾਡੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ PartnershipHP.org 'ਤੇ Partnership ਦੇ ਨਾਲ PCP ਦੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦਾ ਵਿਕਲਪ ਹੈ। PCP ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡਾ ਫਾਰਮ ਜਾਂ ਬੇਨਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਅਗਲੇ ਮਹੀਨੇ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸੀਂ ਇੱਥੇ ਹਾਂ। ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਜਾਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਸੇਮਵਾਰ – ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮੀਂ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਸਾਨੂੰ (800) 863-4155, 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰਿਲੇਅ ਸਰਵਿਸ ਨੂੰ (800) 735-2929 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਦਸਤਖਤ: _____ ਮਿਤੀ: _____

ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਰੇ ਫਾਰਮਾਂ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਹੋਣੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ।