

## ਮੁੱਢਲਾ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (PCP) ਚੋਣ ਫਾਰਮ

### ਆਪਣੇ ਮੁੱਢਲੇ

### ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (PCP) ਦੀ ਚੋਣ ਕਿਵੇਂ ਕਰੀਏ

1. ਸੂਚੀਬੱਧ ਸਾਰੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸਾਰੇ ਸ਼ੇਡ ਕੀਤੇ ਖੇਤਰਾਂ ਨੂੰ ਭਰੋ।
2. ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਤੋਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਹਰੇਕ ਮੈਂਬਰ ਲਈ 2 PCPs ਚੁਣੋ। 2 PCP ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ ਜੋ ਨਵੇਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ।
3. ਸ਼ੇਡ ਕੀਤੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ PCP ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨੰਬਰ ਲਿਖੋ।
4. ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।  
ਬਦਕਿਸਮਤੀ ਨਾਲ,  
ਅਸੀਂ ਬਿਨਾਂ ਦਸਤਖਤ ਵਾਲੇ ਫਾਰਮਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸੈਸ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਅਜਿਹਾ PCP ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜੋ ਨਵੇਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਿਹਾ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ (800) 863-4155 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY/TDD ਦੇ ਵਰਤੋਂਕਾਰ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਰੀਲੇਅ ਸਰਵਿਸ ਨੂੰ (800) 735-2929 'ਤੇ ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।



<<First Name>> <<Last Name>> <<ID Number>> <<DOB>>

### PCP ਚੋਣ

PCP ਦਾ ਨਾਮ – ਪਹਿਲੀ ਪਸੰਦ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਤੋਂ PCP#

PCP ਦਾ ਨਾਮ – ਦੂਜੀ ਪਸੰਦ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਤੋਂ PCP#

<<First Name>> <<Last Name>> <<ID Number>> <<DOB>>

### PCP ਚੋਣ

PCP ਦਾ ਨਾਮ – ਪਹਿਲੀ ਪਸੰਦ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਤੋਂ PCP#

PCP ਦਾ ਨਾਮ – ਦੂਜੀ ਪਸੰਦ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਤੋਂ PCP#

<<First Name>> <<Last Name>> <<ID Number>> <<DOB>>

### PCP ਚੋਣ

PCP ਦਾ ਨਾਮ – ਪਹਿਲੀ ਪਸੰਦ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਤੋਂ PCP#

PCP ਦਾ ਨਾਮ – ਦੂਜੀ ਪਸੰਦ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਤੋਂ PCP#

<<First Name>> <<Last Name>> <<ID Number>> <<DOB>>

### PCP ਚੋਣ

PCP ਦਾ ਨਾਮ – ਪਹਿਲੀ ਪਸੰਦ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਤੋਂ PCP#

PCP ਦਾ ਨਾਮ – ਦੂਜੀ ਪਸੰਦ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਡਾਇਰੈਕਟਰੀ ਤੋਂ PCP#

ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ ਜੇ ਗਰਭਵਤੀ ਹੈ।

ਨਾਮ: \_\_\_\_\_ ਨਿਯਤ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਈਮੇਲ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਿਫ਼ਾਫ਼ੇ 'ਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਪਤਾ ਗਲਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਆਪਣਾ ਮੌਜੂਦਾ ਡਾਕ ਪਤਾ ਭਰੋ:

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_ ਸ਼ਹਿਰ: \_\_\_\_\_

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ: \_\_\_\_\_ ਫ਼ੋਨ

ਬਰ: \_\_\_\_\_

Partnership ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕਾਊਂਟੀ ਦੇ Medi-Cal ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਪਤੇ ਅਤੇ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ SSI ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ PCP ਦੀ ਚੋਣ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ, ਤਾਂ Partnership ਮੈਨੂੰ ਇੱਕ ਨਿਯੁਕਤ ਕਰੇਗਾ।

ਦਸਤਖ਼ਤ: \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ: \_\_\_\_\_

ਵਾਪਸ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ: **Partnership HealthPlan of California, 4665 Business Center Drive, Fairfield, CA 94534**