

## ਪ੍ਰੈਗਨੈਂਟ ਟੀਨ ਹੇਲਥ ਕੇਅਰ ਕਵਰੇਜ ਲਈ ਬੇਨਤੀ (19 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੀ ਕੁੜੀ ਲਈ)

### Application for Pregnant Teen Health Care Coverage (for Teens Under Age 19)

ਪ੍ਰਥਮ ਨਾਂ	ਵਿੱਚਕਾਰਲਾ ਨਾਂ	ਅੰਤਮ ਨਾਂ	
ਉਹ ਪਤਾ ਜਿੱਥੇ ਤੁਸੀਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋ (ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਨਿਸ਼ਚਤ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ ਦਿਓ)			
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜਿਪ ਕੋਡ
ਮੇਲਿੰਗ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨੂੰ ਭੇਜੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਮੇਲ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੀ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ)			
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜਿਪ ਕੋਡ
ਪੰਸਦੀਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ			
ਕੀ ਇਹ ਉਹ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ / ਪ੍ਰੋਵਾਈਡਰ ਸੁਨੇਹਾ ਛੱਡ ਸਕਦੇ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ, ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ ਨਾ ਭਰੋ।			
ਸੰਪਰਕ ਨੰਬਰ:		ਵੋਇਸਮੇਲ ਨੰਬਰ:	
ਭਾਸ਼ਾ ਅਤੇ ਅਯੋਗਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ			
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਣ, ਪੜ੍ਹਣ ਜਾਂ ਲਿਖਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਸਮੱਗਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਭਾਸ਼ਾ ਨੂੰ ਬੋਲਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ? _____			
ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਭਾਸ਼ਾ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ? _____			
ਸੁਆਲ (ਇਹਨਾਂ ਸੁਆਲਾਂ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ 'ਤੇ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪਾਉਣਗੇ)			
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਯੂਐਸ ਨਾਗਰਿਕ ਜਾਂ ਪ੍ਰਵਾਸੀ ਹੋ ਜੋ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿੱਚ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ ਤੇ ਰਹਿ ਰਹੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕਨ ਇੰਡੀਅਨ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਦੀ ਨਿਵਾਸੀ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦੀ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਅਦਾਇਗੀ-ਰਹਿਤ ਡਾਕਟਰੀ ਖਰਚੇ ਕੀਤੇ ਹਨ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਜਨਮ ਮਿਤੀ (ਮਾਹ/ਦਿਨ/ਸਾਲ)	ਗਰਭ-ਵਸਥਾ ਸਮਾਪਤੀ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਮਾਹ/ਦਿਨ/ਸਾਲ) (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਜਾਣਦੇ ਹੋ ਤਾਂ, ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਲਾਓ)	ਸੇਸ਼ਲ ਸਿਕਉਰਿਟੀ ਨੰਬਰ: (ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਖਾਲੀ ਛੱਡੋ)	
ਵੈਕਲਪਕ ਅਧਿਕ੍ਰਿਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ (AREP ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਸੀਂ ਹੇਲਥ ਕੇਅਰ ਅਥਾਰਟੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰੈਗਨੈਂਟ ਟੀਨ ਹੇਲਥ ਕਵਰੇਜ ਬਾਰੇ ਮੇਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦੀ ਹੋ।) AREP ਰੱਖਣ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।			
AREP ਦਾ ਨਾਂ	ਸੰਗਠਨ ਦਾ ਨਾਂ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ	
ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜਿਪ ਕੋਡ
ਦੋਹਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ <input type="checkbox"/> ਮੇਰੇ ਡਾਕ ਪਤੇ ਤੇ ਮੇਰੇ ਮੇਲ ਭੇਜੋ। <input type="checkbox"/> ਇਸ AREP ਦੇ ਪਤੇ ਤੇ ਮੇਰੇ ਮੇਲ ਭੇਜੋ।			
ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਪੜ੍ਹੋ			
ਮੈਂ ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>ਮੇਰੀ ਸਥਿਤੀ ਹੇਲਥ ਕੇਅਰ ਅਥਾਰਟੀ ਜਾਂ ਹੋਰ ਰਾਜ ਜਾਂ ਫੈਡਰਲ ਏਜੰਸੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੈ।</li> <li>ਜੇ ਉਪਰ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਗਰਭ-ਅਵਸਥਾ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਮੈਨੂੰ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੋਈ ਹੋਰ ਬੀਮਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।</li> </ul>			
ਘੋਸ਼ਣਾ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ			
ਮੈਂ ਇਸ ਆਵੇਦਨ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿੱਤਾ ਹੈ। ਮੈਂ ਭੂਟੀ ਗਵਾਹੀ ਦੇ ਜੁਰਮਾਨੇ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੈਂ ਇਸ ਆਵੇਦਨ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਉਹ ਮੇਰੇ ਸਰਬੋਤਮ ਗਿਆਨ ਵਿੱਚ ਸੱਚ, ਸਹੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹੈ।			
ਆਵੇਦਕ ਦੇ ਦਸਤਖਤ			ਮਿਤੀ