

**MEDI-CAL DENTAL ACTION ਦਾ ਨੋਟਿਸ ਇਹ  
ਕੋਈ ਬਿਲ ਨਹੀਂ ਹੈ**

--	--

ਸੇਵਾ ਦਫ਼ਤਰ ਦਾ ਨਾਂ:

MEDS  
ਆਈਡੀ:  
DCN:  
MRDCN:

ਪੰਨਾ            ਕੁੱਲ  
ਬੇਨਤੀ ਦੀ ਤਾਰੀਖ: ਮੈਂਬਰ  
ਦਾ ਨਾਂ:

Medi-Cal Dental ਨੇ ਸਿਰਲੇਖ 22, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕੋਡ ਆਫ ਰੈਗੂਲੇਸ਼ਨ, ਸੈਕਸ਼ਨ 51003, 51307, ਅਤੇ ਮੈਨੁਅਲ ਆਫ ਕ੍ਰਾਇਟੇਰਿਆ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਕ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸੈਸ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਆਈਟਮਾਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਇੱਕ ਨੂੰ ਮੰਜੂਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਜਾਂ ਸੰਸ਼ੋਧਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸੂਚੀਬੱਧ REASON FOR ACTION CODE(S) (ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਕਾਰਨ ਦਾ(ਦੇ) ਕੋਡ) ਦੇ ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਨ ਲਈ ਨੱਥੀ ਕੀਤੀ ਸੂਚੀ ਦੇਖੋ। ਇਸਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਖਾਸ ਨਿਮਨਤਮ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ Medi-Cal Dental ਦੀ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਹੈਂਡਬੁਕ ਵਿੱਚ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਖਾਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸੰਖਿਆ ਦੇ ਤਹਿਤ "MANUAL OF CRITERIA" (ਮਾਪਦੰਡਾਂ ਦੀ ਪੁਸਤਿਕਾ) ਸਿਰਲੇਖ ਸੈਕਸ਼ਨ 5 ਦੇ ਤਹਿਤ ਹੈ। ਕਿਸੇ ਵੀ Medi-Cal ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਕ ਦੇ ਦਫ਼ਤਰ ਤੋਂ ਇਸਦੀ ਕਾਪੀ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਦੰਦ # ਜਾਂ ਆਰਕ	ਇਲਾਜ ਦਾ ਵੇਰਵਾ	ਕਾਰਜਵਿਧੀ ਸੰਖਿਆ	Medi-Cal Dental Action	ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਕਾਰਨ ਦਾ(ਦੇ) ਕੋਡ (ਸਪਸ਼ਟੀਕਰਨ ਲਈ ਨੱਥੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੇਖੋ)

- ਤੁਸੀਂ Medi-Cal Dental ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਹਿਤ ਅਨੁਮਤੀ-ਯੋਗ ਸਭ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਆਪਣੇ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਕ ਦੇ ਨਾਲ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਦੀ ਚਰਚਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਕਿਰਿਆ ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਵਧੇਰੇ ਵਿਸਤਾਰਿਤ ਵੇਰਵੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਦੰਤ-ਚਿਕਿਤਸਕ ਜਾਂ Medi-Cal Dental ਨਾਲ 1-800-322-6384 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਉੱਤੇ ਵਰਣਿਤ ਕਾਰਵਾਈ ਤੋਂ ਅਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਟੇਟ ਹਿਅਰਿੰਗ (ਰਾਜਸੀ ਸੁਣਵਾਈ) ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸੁਣਵਾਈ ਦਰਜ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦੇਖੋ।

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵਰਤਿਤ ਕਾਰਵਾਈ ਤੋਂ ਅਸੰਤੁਸ਼ਟ ਹੋ  
ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਉੱਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਤਾਰੀਖ ਦੇ 90 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਸਟੇਟ ਹਿਅਰਿੰਗ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ  
ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ:

ਇਸ ਪੂਰੇ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਦੋਵੇਂ ਪਾਸੇ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ :  
California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

ਜਾਂ

ਤੁਸੀਂ ਪਬਲਿਕ ਇਨਕ੍ਵਾਇਰੀ ਅਤੇ ਰਿਸਪਾਂਸ ਯੂਨਿਟ ਵਿਖੇ ਟੇਲ-ਫ੍ਰੀ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। 1-800-

952-5253 (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋਰਨਾਂ  
ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਉਪਲਬਧ)

ਜਾਂ

ਤੁਸੀਂ TDD ਟੇਲ-ਫ੍ਰੀ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: 1-800-952-8349

ਰਾਜਸੀ ਵਿਨਿਯਮ:

ਸਿਰਲੇਖ 22, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਕੋਡ ਆਫ ਰੈਗੂਲੇਸ਼ਨ, ਸੈਕਸ਼ਨ 5095 1, 5 1014.1, ਅਤੇ  
51014.2 ਦੀ ਕਾਪੀ, ਜੋ ਰਾਜ ਦੀ ਸੁਣਵਾਈ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੇ ਕਾਉਂਟੀ ਸਮਾਜਕ ਸੇਵਾ ਦਫ਼ਤਰ ਜਾਂ ਸਥਾਨਕ  
ਪੁਸਤਕਾਲੇ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ:

ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਵਿੱਚ ਖੁਦ ਦਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਵ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਵ ਕਿਸੇ ਦੇਸਤ, ਵਕੀਲ  
ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਖੁਦ ਹੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੀ  
ਵਿਵਸਥਾ ਕਰੋਗੇ। ਤੁਸੀਂ ਪਬਲਿਕ ਇਨਕ੍ਵਾਇਰੀ ਅਤੇ ਰਿਸਪਾਂਸ ਯੂਨਿਟ ਦੇ ਟੇਲ-ਫ੍ਰੀ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਆਪਣੇ  
ਸਥਾਨਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦਫ਼ਤਰ ਤੋਂ ਕਨੂੰਨੀ ਮਦਦ ਸੰਗਠਨਾਂ ਦੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

---

ਮੈਨੂੰ ਇੱਕ ਅਨੁਵਾਦਕ (ਮੇਰੇ ਕਿਸੇ ਖਰਚੇ ਦੇ ਬਗ਼ੈਰ) ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ।  
ਮੇਰੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਬੋਲੀ ਹੈ: \_\_\_\_\_

## ਗੈਰ-ਭੇਦਭਾਵ ਨੋਟਿਸ

---

ਭੇਦਭਾਵ ਕਨੂੰਨ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਹੈ। Medi-Cal Dental Program (Medi-Cal Dental Fee-For-Service) ਰਾਜਸੀ ਅਤੇ ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। Medi-Cal Dental ਲਿੰਗ, ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਵੰਸ਼, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਜਾਤੀ ਸਮੂਹ ਦੀ ਪਛਾਣ, ਉਮਰ, ਮਾਨਸਿਕ ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ, ਸਰੀਰਕ ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ, ਚਿਕਿਤਸਾ ਸਥਿਤੀ, ਆਨੁਵੰਸ਼ਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਵਿਆਹਕ ਸਥਿਤੀ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਜਾਂ ਯੋਣ ਝੁਕਾਅ ਦੇ ਕਾਰਨ ਗੈਰ-ਕਨੂੰਨੀ ਰੂਪ ਤੋਂ ਭੇਦਭਾਵ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਵੱਖ ਵਿਵਹਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

Medi-Cal Dental ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ:

- ਵਿਕਲਾਂਗ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸੰਚਾਰ ਨੂੰ ਬੇਹਤਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ, ਜਿਵੇਂ:
  - ✓ ਯੋਗਤਾ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗਵੇਜ ਅਨੁਵਾਦਕ
  - ✓ ਦੂਜੇ ਫਾਰਮੇਟਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡਿਓ, ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਫਾਰਮੇਟ, ਦੂਜੇ ਫਾਰਮੇਟ)
- ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਹਿਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ:
  - ✓ ਯੋਗਤਾ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
  - ✓ ਦੂਜੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ Medi-Cal Dental ਨਾਲ ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਦੇ ਵਿੱਚ ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ 1-800-322-6384 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜਾਂ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣ ਜਾਂ ਬੋਲ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ Teletext Typewriter (TTY) ਮਦਦ ਲਈ 1-800-735-2922 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਆਪਰੇਟਰ ਨੂੰ 1-800-322-6384 'ਤੇ ਟੈਲ-ਫ੍ਰੀ ਮੈਂਬਰ ਲਾਈਨ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

---

### ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਵੇਂ ਦਰਜ ਕਰਨੀ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਹੈ ਕਿ Medi-Cal Dental ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਇਸਨੇ ਲਿੰਗ, ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਵੰਸ਼, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਜਾਤੀ ਸਮੂਹ ਦੀ ਪਛਾਣ, ਉਮਰ, ਮਾਨਸਿਕ ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ, ਸਰੀਰਕ ਵਿਕਲਾਂਗਤਾ, ਚਿਕਿਤਸਾ ਸਥਿਤੀ, ਆਨੁਵੰਸ਼ਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਵਿਆਹਕ ਸਥਿਤੀ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ ਜਾਂ ਯੋਣ ਝੁਕਾਅ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲ ਗੈਰ-ਕਨੂੰਨੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਭੇਦਭਾਵ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Medi-Cal Dental ਦੇ ਨਾਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ: Medi-Cal Dental ਦੇ ਟੈਲੀਫੋਨ ਸਰਵਿਸ ਸੈਂਟਰ ਨਾਲ ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਦੇ ਵਿੱਚ

ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ 1-800-322-6384 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜਾਂ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣ  
ਜਾਂ ਬੋਲ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-735-2922 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

- ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ: ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਭਰੋ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਲਿੱਖ ਕੇ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:

Medi-Cal Dental Program  
Member Services Group  
P. O. Box 15539  
Sacramento, CA 95852-1539

# Sample

---

**ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਦਫ਼ਤਰ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ  
ਵਿਭਾਗ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

ਤੁਸੀਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਵਿਭਾਗ, ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ, ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ: ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **916-440-7370**. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬੋਲ ਜਾਂ ਸੁਣ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **711** (ਟੈਲੀਕਮਿਊਨਿਕੇਸ਼ਨ ਰਿਲੇ ਸਰਵਿਸ) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ: ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਭਰੋ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:

**Michele Villados**  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਇੱਥੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਰੂਪ ਤੋਂ: ਇੱਥੇ ਈਮੇਲ ਭੇਜੋ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

---

**ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਦਫ਼ਤਰ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ਅਮਰੀਕੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਾਨਵ ਸੇਵਾ  
ਵਿਭਾਗ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)**

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਵਿਕਲਾੰਗਤਾ ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਭੇਦਭਾਵ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਅਮਰੀਕੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਾਨਵ ਸੇਵਾ ਵਿਭਾਗ, ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਦਫ਼ਤਰ ਨੂੰ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ, ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵੀ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ: ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-368-1019**। ਜਾਂ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣ ਜਾਂ ਬੋਲ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ  
**TTY/TDD 1-800-537-7697**।
- ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ: ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਭਰੋ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:

**U.S. Department of Health and Human Services**  
200 Independence Avenue, SW

**Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਇੱਥੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>।

- ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਰੂਪ ਤੋਂ: ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਦਫ਼ਤਰ ਦੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੋਰਟਲ 'ਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਇੱਥੇ ਜਾਓ: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

# Sample

## ਕਾਰਵਾਈ ਕੋਡਸ ਦੇ ਕਾਰਨ

- 01 ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ (ਸਹਾਇਤਾ ਕੋਡ) ਸਿਰਫ਼ ਆਪਾਤਕਾਲੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰਦੀ ਹੈ।
- 02 ਤੁਹਾਡੀ ਵਰਤਮਾਨ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਲਈ ਸਾਡੀਆਂ ਨਿਮਨਤਮ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ।
- 03 ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਵ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਹ ਬਦਲਾਵ ਤੁਹਾਡੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਵਰਤਮਾਨ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਦਿਸ਼ਾ-ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਉੱਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਸੀ।
- 04 ਸਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਜਾਂ ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀਆਂ, ਭੁਗਤਾਈਆਂ ਜਾਂ ਪੂਰਨ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ। (ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ: ਕੁਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ ਜਾਂ ਪੰਜ (5) ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਵਾਰ ਤਕ ਸੀਮਿਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਖਾਸ ਸਥਿਤੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ ਦੁਬਾਰਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ, ਜਿਸਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਪੁਲੇਖਿਤ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।)
- 05 ਜਿਸ ਤਾਰੀਖ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਉਦੋਂ ਅਸੀਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਨਾਮਾਂਕਣ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੁੰਦੇ ਹਾਂ।
- 06 ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
- 07 ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਲਈ ਹਾਜ਼ਰ ਨਹੀਂ ਹੋਏ ਸੀ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਤੈਅ-ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਦੰਦਾਵਲੀ(ਆਂ) (ਪੂਰਨ ਜਾਂ ਅੰਸ਼ਕ) ਲਿਆਉਣ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਹੇ ਸੀ। ਇੱਕ ਨਵੀਂ ਬੇਨਤੀ ਭੇਜਣ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
- 08 ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸੈੱਸ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਬਥੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਭੇਜੀ ਸੀ। ਇਸ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
- 09 ਐਕਸ-ਰੇ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਦੰਦ, ਕ੍ਰਾਉਨ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਦੰਦ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਭਰਾਈ ਕਰਕੇ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- 10 ਐਕਸ-ਰੇ ਤੋਂ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦੰਦ/ਦੰਦਾਂ ਵਿੱਚ ਸੰਕ੍ਰਮਣ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਕਿਉਂਕਿ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸੇਵਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- 11 ਐਕਸ-ਰੇ, ਚਾਰਟ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕਲਿਨਕੀ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਦੁਆਰਾ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਡੂੰਘੀ ਸਫ਼ਾਈ ਕਰਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- 12 ਇਹ ਸੇਵਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜੀ ਗਈ ਉਹੀਓ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਅਸਵੀਕ੍ਰਿਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ।
- 13 ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇੱਕ ਕਲਿਨਕੀ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਤੁਹਾਡੀ ਵਰਤਮਾਨ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਸਥਿਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਸ ਸਮੇਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਸੇਵਾ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।

- 14 ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਦੁਆਰਾ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਦੰਦ ਸੁਭਾਵਕ ਤੌਰ 'ਤੇ ਖਰਾਬ ਹੋ ਗਿਆ/ਗਏ ਹਨ ਜਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਨੂੰ ਕਰੀਚਣ ਕਰਕੇ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਸੇਵਾ ਤਦ ਤਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਇੱਕ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਦੰਦ ਸੜਦਾ ਜਾਂ ਟੁੱਟਦਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- 15 ਐਕਸ-ਰੇ ਤੋਂ ਪਤਾ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਦੰਦ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਟੁੱਟ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸਦੀ ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ। ਤੁਹਾਡਾ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਇੱਕ ਅਲੱਗ ਇਲਾਜ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- 16 ਸਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਦੰਦ ਨੂੰ ਭਰਾਈ ਜਾਂ ਸਟੇਨਲੇਸ ਸਟੀਲ ਦੇ ਕ੍ਰਾਉਨ ਨਾਲ ਦੁਬਾਰਾ ਸਹੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।
- 17 ਐਕਸ-ਰੇ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਕਿਉਂਕਿ ਮਸੂੜਿਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਨੇ ਦੰਦ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਦੀ ਹੱਡੀ ਨੂੰ ਨਸ਼ਟ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਇੱਕ ਅਲੱਗ ਇਲਾਜ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- 18 ਬ੍ਰੇਸਿਸ ਲਈ ਨਿਮਨਤਮ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੀ ਤਸਦੀਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੀ।
- 19 ਇੱਕ ਅੰਸ਼ਕ ਦੰਦਾਵਲੀ ਸਿਰਫ਼ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਲਾਭ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਸਾਮ੍ਹਣੇ ਵਾਲੀ ਆਰਕ ਉੱਤੇ ਇੱਕ ਪੂਰਨ ਦੰਦਾਵਲੀ ਹੋਵੇ।
- 20 ਰੂਟ ਕਨਾਲ ਇਲਾਜ, ਕ੍ਰਾਉਨ ਦਾ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੰਤੋਖਜਨਕ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- 21 ਦੰਦ ਪੂਰੀ ਤਰਾਂ ਨਹੀਂ ਬਣਿਆ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਇੱਕ ਅਲੱਗ ਇਲਾਜ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- 22 ਇਲਾਜ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਪ੍ਰਲੇਖਿਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦਿਖਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਨਾੜੀ ਦਾ ਕੋਈ ਨੁਕਸਾਨ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਹੈ।

- 23 ਸਟੇਅਪਲੇਟ ਸਿਰਫ਼ ਟੁੱਟ ਚੁੱਕੇ ਅਗਲੇ ਸਥਾਈ ਦੰਦ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਲਈ ਹੀ ਇੱਕ ਲਾਭ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- 24 ਐਕਸ-ਰੇ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਲਾਜ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤਿਰਿਕਤ ਐਕਸਟ੍ਰੈਕਸ਼ਨ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ; ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
- 25 ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦ ਇੰਨੀ ਖਰਾਬ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਹਨ ਕਿ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਅੰਸ਼ਕ ਦੰਦਾਵਲੀ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਹਿਤ ਇੱਕ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- 26 ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦ ਠੀਕ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਨ ਦੰਦਾਵਲੀ ਦੁਆਰਾ ਬਦਲਿਆ ਨਹੀਂ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ।
- 27 ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਭੇਜੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਸਾਮ੍ਹਣੇ ਵਾਲੀ ਚਾਪ ਉੱਤੇ ਕੋਈ ਪੂਰਨ ਦੰਦਾਵਲੀ ਨਹੀਂ ਹੈ; ਇਸਲਈ ਤੁਸੀਂ ਧਾਤੂ ਦੰਦਾਵਲੀ ਲਈ ਪਾਤਰ ਨਹੀਂ ਹੋ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਾਮ੍ਹਣੇ ਵਾਲੇ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਟੇਅਪਲੇਟ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋ।
- 28 ਐਕਸ-ਰੇ, ਪ੍ਰਲੇਖਿਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਮਸੂੜੇ ਇੰਨੀ ਮਾੜੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਹਨ ਕਿ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤਾ ਇਲਾਜ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਹਿਤ ਇੱਕ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਇੱਕ ਅਲੱਗ ਇਲਾਜ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- 29 ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜੀ ਗਈ ਸੀ। ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤੇ ਕੋਲ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਮੁੜ-ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਲਈ 45 ਦਿਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਵਲੋਂ ਕਿਸੇ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪਰ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਬੇਨਤੀ ਬਾਰੇ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਸਮੇਂ ਤੋਂ, ਪ੍ਰਦੇਸ਼ ਦੀ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨਾ ਕੋਈ ਵਿਕਲਪ ਨਹੀਂ ਹੈ।



- 30 ਫਿਕਸ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਬਿੱਜਿਸ ਨੂੰ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ ਕਿਸੇ ਹਟਾਉਣ-ਯੋਗ ਦੰਦਾਵਲੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਰੋਕਦੀ ਹੈ।
- 31 ਦੰਦ ਆਪਣੀ ਸਧਾਰਨ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਹਿਤ ਮੁਰੰਮਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ।
- 32 ਇੱਕ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਤੁਹਾਡੀ ਮੌਜੂਦਾ ਦੰਦਾਵਲੀ ਇਸ ਸਮੇਂ ਵਧੀਆ ਹੈ।
- 33 ਤੁਹਾਡੇ ਹਾਲ ਹੀ ਦੇ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇੱਕ ਦੰਦਾਵਲੀ ਸਹੀ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਹੋਰ ਵਿਕਲਪਾਂ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
- 34 ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਸੇਵਾ ਮਨਜ਼ੂਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਦੰਦਾਵਲੀ ਨੂੰ ਸਹਾਰਾ ਦੇਣ ਲਈ ਇਸ ਆਰਕ ਵਿੱਚ ਬਥੇਰੇ ਦੰਦ ਬਾਕੀ ਹਨ।
- 35 ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਦੇ ਦੌਰਾਨ, ਤੁਸੀਂ ਕਿਹਾ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀਆਂ ਕਿਸੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਦਿਖਾਉਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ।
- 36 ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਨੂੰ ਸਮਾਯੋਜਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਲਾਜ ਪੂਰਾ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 21 ਸਾਲ ਦੇ ਹੋ ਜਾਓਗੇ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
- 37 ਸਬਮਿਟ ਕੀਤੇ ਐਕਸ-ਰੇ ਵਿੱਚ ਦੰਦ ਦਿਖਾਈ ਨਹੀਂ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹੈ।
- 38 ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ 'ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਅਤਿਰਿਕਤ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- 39 ਐਕਸ-ਰੇ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੇ ਨਕਲੀ ਦੰਦ ਲਈ ਬਥੇਰੀ ਥਾਂ ਮੌਜੂਦ ਨਹੀਂ ਹੈ।

- 40 ਇਹ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬ੍ਰੇਸਿਸ ਨੂੰ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਜੇ ਹਾਲੇ ਵੀ ਦੁੱਧ ਦੇ ਦੰਦ ਮੌਜੂਦ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
- 41 ਐਕਸ-ਰੇ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸਕੀਨਿੰਗ ਮੁਆਇਨੇ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਦੰਦ ਕਰੀਚਦੇ ਹੋ। ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।
- 42 ਇਹ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਸ਼ਿਸੂ ਦੰਦ ਜਾਂ ਟੁੱਟਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਸ਼ਿਸੂ ਦੰਦ ਲਈ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਤੁਹਾਡਾ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਇੱਕ ਅਲੱਗ ਇਲਾਜ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- 43 ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਤੁਹਾਡੀ ਦੰਦ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ। ਤੁਹਾਡਾ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਤੁਹਾਡੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਇੱਕ ਅਲੱਗ ਇਲਾਜ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- 44 ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ, ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਸੇਵਾ ਸਿਰਫ ਕਾਸਮੇਟਿਕ ਕਾਰਨਾਂ ਲਈ ਹੈ। ਸਿਰਫ ਕਾਸਮੇਟਿਕ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
- 45 ਤੁਹਾਡੀ ਵਰਤਮਾਨ ਦੰਦਾਵਲੀ ਦੀ ਮੁਰੰਮਤ, ਦੰਦਾਵਲੀ ਦਾ ਅੰਦਰੂਨੀ ਹਿੱਸਾ ਬਦਲ ਕੇ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- 46 ਅਸੀਂ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਨੂੰ ਤਸਦੀਕ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਯੋਗ ਹਾਂ।
- 47 ਤੁਹਾਡੇ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰ-ਸੌਂਪਣੀ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਚਿਲਡਰਨਜ਼ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- 48 EPSDT ਸੇਵਾਵਾਂ 21 ਸਾਲ ਅਤੇ ਵੱਡੀ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
- 49 ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ(ਆਂ) EPSDT ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਚਿਕਿਤਸਕੀ ਰੂਪ ਤੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ(ਹਨ)।