

Kaiser Permanente तबीबी नाएाडीय सहायता (MFA) प्रोग्राम

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

Chinese: 這是來自Kaiser Permanente的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電**1-800-757-7585**尋求語言協助。我們每週7天，每天24小時皆提供協助（節假日休息）。

Spanish: La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Kaiser Permanente તબીબી નાણાકીય સહાયતા (MFA) પ્રોગ્રામ

જો તમને તબીબી કાળજી સેવાઓ અથવા તમને મળેલ પ્રિસ્ક્રીપ્શન ચુકવવા માટે મદદ જોઈતી હોય અથવા તે માટે નિયત સમયે નક્કી થયેલ હોય, Kaiser Permanente દ્વારા, અમારા તબીબી નાણાકીય સહાય (Medical Financial Assistance, MFA) પ્રોગ્રામ દ્વારા તમને મદદ કરી શકાશે.

કેવી રીતે પ્રોગ્રામ કામ કરે છે

- પ્રોગ્રામ હંગામી “એવોર્ડ” આપે છે જેથી લાયકાત ધરાવતા અરજીદારો કાળજી માટે ચૂકવણી કરી શકે જે તેમની નાણાકીય જરૂરિયાતો પ્રમાણે હોય.
- તે દરેક Kaiser Permanente દર્દીઓ માટે ઉપલબ્ધ છે, તમે સભ્ય હોય કે નહીં.
- જો એવોર્ડ મળે તો, પ્રોગ્રામ Kaiser Permanente તરફથી તાકીદની અથવા તબીબી જરૂરી સંભાળ Kaiser Permanente પ્રદાતા અથવા Kaiser Permanente સુવિધાઓ તરફથી ચોક્કસ સમય માટે સમાવેશ કરશે.

કેવી રીતે લાયક બનવું

નીચેની યોગ્યતા આવશ્યકતાઓમાંથી એકને પૂર્ણ કરવું તમારે ફરજિયાત છે*

1. તમારી કુલ ઘરગથ્થુ આવક ફેડરલ ગરીબી માર્ગદર્શિકાઓના 400%થી વધારે ન હોય.

***નોંધ:** જો તમારી કુલ ઘરગથ્થુ આવક ફેડરલ ગરીબી માર્ગદર્શિકા સ્તરના 400% થી વધારે છે અને / અથવા તમે કેલિફોર્નિયામાં કપાતપાત્ર યોજના સાથે Kaiser Permanente સભ્ય છો, તો તમારે નીચે આપેલા માપદંડને પૂર્ણ કરવું ફરજિયાત છે.

2. ઇમરજન્સી અથવા તબીબી જરૂરી સંભાળ, દાંત સંભાળ અને 12 મહિનાના સમયમાં દવા માટેના તમારા આઉટ-ઓફ-પોકેટ આરોગ્ય સંભાળના ખર્ચ તમારી કુલ ઘરેલુ આવકના 10% જેટલા અથવા તેના કરતા વધુ છે.
 - આઉટ-ઓફ-પોકેટ ખર્ચમાં કોપીઝ, કો ઇન્સ્યોરન્સ અને કપાતપાત્ર ચૂકવણી શામેલ હોય છે.
 - આઉટ-ઓફ-પોકેટ ખર્ચમાં, તમારા માસિક પ્રીમિયમની જેમ, તમારી આરોગ્ય યોજના માટે, કોઈપણ ચૂકવણી શામેલ નથી.

જો તમારી પાસે હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ નથી તો તમારે તે માટે અરજી કરવાની જરૂર છે

- MFA પ્રોગ્રામ ફક્ત હંગામી નાણાકીય પુરસ્કારો પ્રદાન કરે છે, તેથી અમે તમને કવરેજ માટે અરજી કરવાની જરૂરિયાત બતાવીશું જે તમને લાંબા ગાળે આવરી લેશે. આમાં Medi-Cal અથવા આરોગ્ય વીમા બજારોમાં ઉપલબ્ધ સબસિડી આપતી યોજનાઓ જે માટે તમે લાયક છો તેવા કોઈપણ અન્ય જાહેર અથવા ખાનગી આરોગ્ય કાર્યક્રમો શામેલ હોઈ શકે છે.
- તમે આ કાર્યક્રમો માટે અરજી કરી છે અથવા તેનો સ્વીકાર થયો છે કે નકાર થયો છે તેની સાબિતી અમને બતાવવાનું અમે તમને કહી શકીએ છીએ. પરંતુ તમે હજી પણ MFA પ્રોગ્રામથી આર્થિક સહાય મેળવી શકશો જ્યારે તમે અન્ય પ્રોગ્રામ્સના નિર્ણયની રાહ જોતા હોય.

2022 ની ફેડરલ પોવર્ટી ગાઇડલાઇન-સના 400% ટકા સુધી

જો તમારું ઘરગથ્થુ કદ છે:	તમારી ઘરગથ્થુ આવક આની વધુ હોવી જોઈએ નહીં:	
	માસિક	વાર્ષિક
1	\$4,530	\$54,360
2	\$6,103	\$73,240
3	\$7,677	\$92,120
4	\$9,250	\$111,000
5	\$10,823	\$129,880
6	\$12,397	\$148,760

મોટા ઘરગથ્થુ વિષે માર્ગદર્શિકા જાણવા માટે મુલાકાત લો aspe.hhs.gov/poverty.







કોઈ પ્રશ્નો છે?

MFA પ્રોગ્રામ માટેની લાયકાત વિશે વધુ માહિતી માટે, અથવા તે કઈ આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરે છે તે જોવા માટે, www.kp.org/mfa/scal ની મુલાકાત લો અથવા **1-800-390-3507 (TTY 711)** પર કોલ કરો.

આરોગ્ય સંભાળના કવરેજ વિશે વધુ માહિતી માટે, અમને **1-800-479-5764 (TTY 711)** પર કોલ કરો

કેવી રીતે અરજી કરવી

જો તમે પાત્રતાની આવશ્યકતાઓને પૂર્ણ કરો છો, તો તમે આમાંથી કોઈપણ રીતે અરજી કરી શકો છો.

 ઓનલાઈન	<ul style="list-style-type: none"> ઓનલાઈન MFA એપ્લિકેશન www.kp.org/mfa/scal પર પૂર્ણ કરો પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પર સૂચિબદ્ધ બધી માહિતી આપવા માટે તૈયાર રહો.
 અમને કોલ કરો	<ul style="list-style-type: none"> અમને અહી કોલ કરો 1-800-390-3507 (TTY 711), સોમવારથી શુક્રવાર, સવારે 8:00 થી સાંજે 5:00 પીએસટી (Pacific Standard Time, PST). પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પર સૂચિબદ્ધ માહિતી આપવા માટે તૈયાર રહો.
 તેને ફેક્સ કરો	<ul style="list-style-type: none"> પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પૂરી કરો. તમારી પૂરી કરેલ એપ્લિકેશન 1-866-519-1693 પર ફેક્સ કરો.
 તેને પોસ્ટ કરો	<ul style="list-style-type: none"> પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પૂરી કરો. તમારી પૂરી કરેલ એપ્લિકેશન અહી મોકલો: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 તેને છોડી દો	<ul style="list-style-type: none"> પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પૂરી કરો. તમારી પૂરી કરેલ એપ્લિકેશન તમારા સ્થાનિક Kaiser Permanente ડોસ્પિટલના દાખલ કરવાના વિભાગમાં આપો.
 મળો એક નાણાંકીય સલાહકારને	<ul style="list-style-type: none"> અમારી નક્કી કરેલ સુવિધાઓ માંથી એક પર નાણાંકીય સલાહકારને મળો, સોમવારથી શુક્રવાર, સવારે 8:00 થી સાંજે 5:00 PST. આગલા પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પર સૂચિબદ્ધ બધી માહિતી આપવા માટે તૈયાર રહો.

મહત્વનું: જ્યારે મેઇલ અથવા ફેક્સ દ્વારા અરજી કરો છો, અથવા તમારી એપ્લિકેશનને વ્યક્તિગત રૂપે આપો છો, ત્યારે કૃપા કરીને એપ્લિકેશનને શક્ય તેટલું ભરી લેવાની ખાતરી કરો. કોઈ પણ ખૂટતી વિગતને કારણે એપ્લિકેશન પ્રક્રિયામાં મોડું થઈ શકે છે

તમે અરજી કરો તે પછી શું અપેક્ષા રાખવી

અમે તમારી પૂર્ણ કરેલી એપ્લિકેશનની સમીક્ષા કર્યા પછી, અમે તમને નીચેના પરિણામોમાંથી એક જણાવીશું:

- તમારી એપ્લિકેશન મંજૂર થઈ હતી અને તમને નાણાંકીય એવોર્ડ મળશે.
- તમારી એપ્લિકેશનને પૂરી કરવા માટે, અમને વધુ માહિતી અથવા કાગળની જરૂર છે, જે તમે અમને પોસ્ટમાં મોકલી શકો છો અથવા વ્યક્તિગત રૂપે આપી શકો છો; આમાં આવકનો પુરાવો અથવા તમારા આઉટ ઓફ પોકેટ ખર્ચની નકલો શામેલ હોઈ શકે છે.
- તમારી અરજી નામંજૂર કરવામાં આવી હતી અને શા માટે તેને નકારવામાં આવી, તે કિસ્સામાં તમે અમારા નિર્ણય સામે અપીલ કરી શકો છો.

મદદ જોઈએ છે?

જો તમને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય અથવા તમને આ અરજી અંગે મદદ જોઈતી હોય તો કૃપા કરીને કોલ કરો **1-800-390-3507 (TTY 711)**, સોમવારથી શુક્રવાર, સવારે 8:00 થી સાંજે 5:00 PST. તમે તમારી નજીકના Kaiser Permanente સ્થાન ખાતે નાણાંકીય સલાહકાર સાથે પણ વાત કરી શકો છો.

તબીબી નાણાકીય સહાયતા (MFA) પ્રોગ્રામ એપ્લિકેશન

નામ: _____ તબીબી રેકોર્ડ #: _____

જન્મ તારીખ: ____/____/____ સંપર્ક #: (____) _____ સામાજિક સુરક્ષા નંબર (SSN): _____ - _____ - _____

સરનામું: _____

શહેર: _____ રાજ્ય: _____ ઝીપ કોડ: _____

ઘરગથ્થુ કદ: કૌટુંબિક સભ્યોની સંખ્યા (તમારી સાથે) જે તમારા ઘરમાં રહેતા હોય. જીવનસાથી અથવા લાયક ઘરેલુ ભાગીદાર, બાળકો, માતાપિતા ન હોય તેવા કેરેટેકર સંબંધી, વગેરે શામેલ હોઈ શકે છે.

ઘરગથ્થુ આવક (માસિક): બધા ઘરના બધા કૌટુંબિક સભ્યોની કુલ આવક. લાગુ પડતા બધા આવક પ્રકારો ચેક કરો:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> રોજગાર આવક / વેતન | <input type="checkbox"/> નરિવાહ વ્યય / બાળ સહાયતા |
| <input type="checkbox"/> વ્યાપાર આવક / ભાડાની સંપત્તિ | <input type="checkbox"/> પેન્શન અથવા નવિત્તિ/એન્યુઈટી |
| <input type="checkbox"/> બેંકારી લાભ \$ / અપંગતા આવક | <input type="checkbox"/> સોશિયલ સિક્યોરિટી / પૂરક સુરક્ષા આવક / વેટરન્સ લાભો |

સ્વાસ્થ્ય સંભાળ ખર્ચ: Kaiser Permanente અથવા કોઈપણ અન્ય આરોગ્ય સંભાળ પ્રદાતા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી ઇમરજન્સી અથવા તબીબી જરૂરી સેવાઓ માટે તમને છેલ્લા 12 મહિનાના સમયમાં થયે કુલ આઉટ-ઓફ-પોકેટ ખર્ચ. તેમાં સહ ચૂકવણી, ડીપોઝીટ, સહ વીમો, અથવા કપાત ચૂકવણી જે લાયક તબીબી, ફાર્મસી, અથવા દાંત સેવા માટે થયેલ હોય.

કૃપા કરીને પ્રોગ્રામ માટે અરજી કરતા તમારા ઘરના બધા સભ્યોની સૂચિ બનાવો.

નામ	જન્મ તારીખ	સંબંધ	તબીબી રેકોર્ડ #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

વીમો નથી? Kaiser Permanente મદદ કરી શકે છે જો તમારી પાસે આરોગ્ય સંભાળ કવરેજ નહિ હોય, અમે તમને તમારા વિકલ્પો સમજવા માટે મદદ કરીશું. જો તમે તમારા વિકલ્પોની ચર્ચા કરવા માટે Kaiser Permanente તમારો સંપર્ક કરે એમ ઈચ્છતા હોય તો આ બોક્સને ચેક કરો.

 હા, મારો સંપર્ક કરો

હું આ દ્વારા જાહેર કરું છું કે આ એપ્લિકેશનમાં ઉપર જણાવેલ બધી માહિતી સાચી, સચોટ અને દરેક બાબતોમાં સંપૂર્ણ છે. હું એ પણ સ્વીકારું છું કે કાર્યક્રમમાં આવરી લેવામાં ન આવતી તબીબી ચીજો અને સેવાઓ ("બાકી વધેલી રકમો") માટે Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals અને Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals પ્રત્યે જવાબદાર છું.

સહી: _____ તારીખ: _____

નોંધ: ફેડરલ, રાજ્ય અને ખાનગી તબીબી કાર્યક્રમો જેમાં MFA પ્રોગ્રામ સામેલ છે તે વિષે લાયકાત નક્કી કરવા માટે કન્ઝ્યુમર કેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ અને અન્ય ત્રાહિત પક્ષકારના માહિતી સ્ત્રોતો પાસેથી Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ને માહિતી મેળવવા માટેનો હક્ક અબાધિત રાખે છે.