KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente मेडिकल फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस (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 linguística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Kaiser Permanente मेडिकल फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस (MFA) प्रोग्राम

अगर आपको Kaiser Permanente मेडिकल फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस (Medical Financial Assitance, MFA) से मिली या मिलने वाली स्वास्थ्य कल्याण सेवाओं या दवाइयों का भुगतान करने को लेकर मदद चाहिए, तो हमारा MFA प्रोग्राम आपकी मदद कर सकता है।

यह कार्यक्रम कैसे काम करता है

- उनकी वित्तीय ज़रूरतों के आधार पर यह कार्यक्रम योग्य आवेदकों को उनकी देखभाल का भुगतान करने में मदद करने के लिए सामयिक "पुरस्कार" देता है।
- यह कैज़र पर्मानेंटे के सभी मरीजों के लिए उपलब्ध है, चाहे आप सदस्य हों या नहीं।
- यदि आप पुरस्कृत होते हैं तो कार्यक्रम निर्दिष्ट समय के लिए कैज़र पर्मानेंटे प्रदाताओं या कैज़र पर्मानेंटे सुविधाओं में आपातकालीन या चिकत्सकीय देखभाल को कवर करेगा।

योग्य कैसे बनें

आपको निम्न पात्रता आवश्यकताओं में से एक को पूरा करना होगा: *

1. आपकी कुल घरेलू आय फ़ेडरल गरीबी स्तर के 350% से ज़्यादा नहीं होनी चाहिए।

***नोट:** अगर आपकी कुल घरेलू आय फ़ेडरल गरीबी स्तर के 350% से ज़्यादा है और/ या आप किसी डिडक्टिबल प्लान के साथ कैज़र पर्मानेंटे के सदस्य हैं तो आपको नीचे दिए गए मानदंडों को पूरा करना होगा।

2. 12 महीने की अवधि में लगने वाली आपकी आउट-ऑफ़-पॉकेट आपातकालीन या चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल, दंत चिकित्सा और दवाइयों की लागत आपकी कुल घरेलू आय के 10% के बराबर या उससे ज़्यादा है।
   - आउट-ऑफ़-पॉकेट लागत में को-पे, को-इंश्योरेंस और काटने योग्य भुगतान शामिल हैं।
   - आउट-ऑफ़-पॉकेट लागत में आपके हेल्थ प्लान के लिए किए गए भुगतान शामिल नहीं होंगे जैसे प्रीमियम।

2021 के संघीय निर्धनता दिशानिर्देशों (FPG) का 350%

अगर आपके परिवार में इतने सदस्य हैं:	आपकी घरेलू आय इस राशि से ज़्यादा नहीं होनी चाहिए:	
	मासिक	**वार्षिक**
1	$3,757	$45,080
2	$5,081	$60,970
3	$6,405	$76,860
4	$7,729	$92,750
5	$9,053	$108,640
6	$10,378	$124,530

बड़े परिवारों के लिए दिशानिर्देश देखने के लिए **aspe.hhs.gov/poverty** देखें

कुछ पूछना चाहते हैं?

मेडिकल फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस कार्यक्रम में योग्यता प्राप्त करने हेतु ज़्यादा जानकारी के लिए या यह किन सेवाओं का भुगतान करता है, इसके लिए **www.kp.org/mfa/ncal** देखें।

अगर आपका हेल्थ इंश्योरेंस नहीं है तो आपको इसके लिए आवेदन करना पड़ सकता है।

- क्योंकि मेडिकल फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस कार्यक्रम केवल अस्थायी वित्तीय पुरस्कार देता है, तो हम आपसे लंबे समय के लिए कवर देने वाले कवरेज के लिए आवेदन करने के लिए कह सकते हैं। इसमें कोई भी निजी या सार्वजनिक स्वास्थ्य कार्यक्रम शामिल हो सकता है जिसके लिए आप पात्र हों- जैसे Medi-Cal या हेल्थ इंश्योरेंस बाज़ारों में उपलब्ध सब्सिडी वाले प्लान।
- हम आपसे इन कार्यक्रमों में आवेदन करने अथवा आपसे अनुमोदित या अस्वीकृत होने का प्रमाण दिखाने के लिए कह सकते हैं। इन दूसरे कार्यक्रमों के निर्णय का इंतज़ार करते हुए भी आप मेडिकल फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस कार्यक्रम से वित्तीय सहायता ले सकते हैं।
- अगर आपके पास हेल्थ केयर कवरेज नहीं है और आपको ज़्यादा जानकारी चाहिए तो हमारे कवरेज विकल्पों के बारे में जानने के लिए हमें 800-479-5764 (TTY के लिए 711 पर) पर कॉल करें।

KAISER PERMANENTE®

आवेदन कैसे करें

अगर आप पात्रता आवश्यकताओं को पूरा करते हैं तो आप इन में से किसी भी तरीके से आवेदन कर सकते हैं।

ऑनलाइन	• www.kp.org/mfa/ncal पर ऑनलाइन MFA आवेदन पूरा करें। • अगले पेज पर दी गई सभी जानकारी MFA आवेदन में देने के लिए तैयार रहें।
मेल करें	• निम्न पेज पर MFA आवेदन पूरा करें। • अपना भरा हुआ आवेदन यहाँ भेजें: Kaiser Permanente MFA program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
फ़ैक्स करें	• निम्न पेज पर MFA आवेदन पूरा करें। • पूरा भरा हुआ आवेदन **1-800-687-9901** पर फ़ैक्स करें।
इसे छोड़ें	• निम्न पेज पर दिया गया MFA आवेदन पूरा करें। • भरा हुआ आवेदन किसी भी Kaiser Permanente सुविधा में मरीज के वित्तीय संचालन को दें।
हमें कॉल करें	• हमें सोमवार से शुक्रवार, सुबह सुबह 8:00 से शाम 5:00 प्रशांत मानक समय (Pacific Standard Time, PST) तक **1-800-390-3507** (TTY **711**) पर कॉल करें। • अगले पेज पर दी गई जानकारी MFA आवेदन में देने के लिए तैयार रहें।

महत्वपूर्ण मेल या फ़ैक्स से या खुद अपना आवेदन देकर आवेदन करते समय आवेदन को जितना हो सके भरना सुनिश्चित करें। जानकारी में कोई कमी आवेदन प्रक्रिया को धीमा कर सकती है।

आवेदन करने के बाद, क्या उम्मीद करें

आपके पूरे किए गए आवेदन की समीक्षा करने के बाद हम आपको निम्न में से कोई एक परिणाम बताएंगे:

- आपका आवेदन स्वीकार हो गया है और आपको वित्तीय पुरस्कार मिलेगा।
- आपके आवेदन को पूरा करने के लिए हमें अतिरिक्त जानकारी या दस्तावेज़ों की ज़रूरत है जो आप हमें मेल कर सकते हैं या खुद आकार दे सकते हैं; इसमें आय के प्रमाण और आउट-ऑफ़-पॉकेट खर्चों की प्रतियां शामिल हो सकती हैं।
- आपके आवेदन को अस्वीकार कर दिया गया है और इसे क्यों नकारा गया है, इस मामले में आप हमारे निर्णय को अपील कर सकते हैं।

मदद चाहिए?

यदि आपके पास कोई प्रश्न है या आपको इस आवेदन से संबंधित कोई सहायता चाहिए, तो सोमवार से शुक्रवार तक, सुबह: 8:00 बजे से शाम 5:00 बजे PST तक हमें **1-800-390-3507** (TTY **711**) पर कॉल करें। आप अपने पास के किसी भी Kaiser Permanente केंद्र पर वित्तीय सलाहकार से बात कर सकते हैं।

KAISER PERMANENTE®

मेडिकल फ़ाइनेंशियल असिस्टेंस (MFA) कार्यक्रम का आवेदन

नाम: ______________________________ मेडिकल रेकॉर्ड #: ______________

जन्म तिथि: ______/_____/_____ कॉन्टैक्ट #: (______)____________ एसएसएन (SSN): _____-_______-_______

पता: ____

नगर: ______________________________ राज्य: ______________ ज़िप कोड: ______________

परिवार का आकार: आपके घर में रहने वाले सदस्यों की संख्या (आपको मिलाकर)। इसमें पति या पत्नी या योग्य घरेलू साथी, बच्चे, एक देखभाल करने वाला रिश्तेदार आदि शामिल हो सकते हैं। ______________

मासिक घरेलू आय: परिवार के सभी सदस्यों की आय का कुल । आय के सभी प्रकार जो लागू होते हैं को चेक करें:

- ☐ रोज़गार से आय/वेतन
- ☐ व्यापार से आय/किराए की संपत्ति
- ☐ बेरोज़गारी लाभ/विकलांगता आय
- ☐ निर्वाह-व्यय/बाल सहायता
- ☐ पेंशन अथवा सेवानिवृत्ति/वार्षिकी
- ☐ सामाजिक सुरक्षा/पूरक सुरक्षा आय/वरिष्ठता लाभ

$______________

चिकित्सकीय देखभाल की लागत Kaiser Permanente या किसी दूसरे चिकित्सकीय देखभाल प्रदाता द्वारा आवश्यक चिकित्सकीय या आपातकालीन सेवाओं पर 12 महीने की अवधि में किया गया आउट ऑफ़ पॉकेट खर्चा। इसमें को-पे, डिपॉज़िट, को-इंश्योरेंस, या पात्र चिकित्सकीय, फ़ार्मेसी या दंत सेवाओं के लिए किए गए कम करने योग्य भुगतान शामिल हो सकते हैं। $______________

कृपया कार्यक्रम के लिए आवेदन करने वाले परिवार के सभी सदस्यों की सूची बनाएं।

नाम	जन्म तिथि	संबंध	मेडिकल रेकॉर्ड #
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		

इंश्योरेंस नहीं हुआ? Kaiser Permanente मदद कर सकता है। अगर आपके पास स्वास्थ्य देखभाल की कवरेज नहीं है तो हम आपको आपके विकल्प बता सकते हैं। अगर आप चाहते हैं कि Kaiser Permanente आपके साथ आपके विकल्पों पर बात करने के लिए आपसे संपर्क करे तो इस बॉक्स को चेक करें। ☐ हां, मुझसे संपर्क करें

मैं घोषणा करता/करती हूं कि इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सभी जानकारी सभी विषयों में सही और सटीक है। मैं यह भी अभिस्वीकृत करता/करती हूं एवं सहमत होता/होती हूं कि Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals के लिए कार्यक्रम के तहत जो (शेष राशि) योग्य नहीं है उसके चिकित्सीय वस्तुओं एवं सेवाओं के लिए Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals को देय किसी और सभी राशियों के लिए मैं उत्तरदायी हूं।

हस्ताक्षर: ______________________________ तिथि: ______________

नोट: Kaiser Foundation Health Plans and Kaiser Foundation Hospitals को संघ, स्टेट एवं निजी चिकित्सा कार्यक्रमों के लिए अपनी पात्रता का निर्धारण करने के लिए उपभोक्ता क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेन्सियों तथा अन्य तृतीय पक्ष सूचना स्रोतों से सूचना प्राप्त करने देने के लिए सहमत हूं।