KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente તબીબી નાણાકીય સહાયતા (MFA) પ્રોગ્રામ

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.

Please recycle. February 2021

KAISER PERMANENTE®

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 નાણાંકીય 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 નાણાંકીય 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 350%થી વધારે ન હોય.

***નોંધ:** જો તમારી કુલ ઘરગથ્થુ આવક ફેડરલ ગરીબી માર્ગદર્શિકા સ્તરના 350% 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.

2021 ની ફેડરલ પોવર્ટી ગાઇડલાઇન્સના 350% ટકા સુધી

જો તમારું ઘરગથ્થુ કદ છે:	તમારી ઘરગથ્થુ આવક આની વધુ હોવી જોઈએ નહીં:	
	માસિક	**વાર્ષિક**
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

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

પ્રશ્નો છે?

MFA પ્રોગ્રામ માટેની લાયકાત વિશેની વધુ માહિતી માટે, અથવા તે કઈ આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ માટે ચૂકવે છે તે જોવા માટે, **www.kp.org/mfa/scal** ની મુલાકાત લો.

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

- MFA પ્રોગ્રામ ફક્ત હંગામી નાણાંકીય 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.
- જો તમારી પાસે આરોગ્ય સંભાળનું કવરેજ નથી અને તમે વધુ માહિતી જાણવા માંગતા હો, તો તમારા કવરેજ વિકલ્પો વિશે વધુ જાણવા અમને 800-479-5764 (TTY માટે, 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	• 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	• 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	• પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પૂરી કરો. • તમારી પૂરી કરેલ એપ્લીકેશન **1-866-497-0005**. પર ફેક્સ કરો
તેને પોસ્ટ કરો	• પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પૂરી કરો. • તમારી પૂરી કરેલ એપ્લીકેશન અહી મોકલો: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
તેને છોડી દો	• પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પૂરી કરો. • તમારી પૂરી કરેલ એપ્લીકેશન તમારા સ્થાનિક Kaiser Permanente હોસ્પિટલના દાખલ કરવાના વિભાગમાં આપો.
મળો એક નાણાંકીય સલાહકારને	• 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 એપ્લીકેશન પ્રક્રિયામાં મોડું થઇ 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 કોઇપણ પ્રશ્નો હોય અથવા તમને આ અરજી અંગે મદદ જોઈતી હોય તો કૃપા કરીને કૉલ કરો **1-800-390-3507** (TTY **711**), સોમવારથી શુક્રવાર, સવારે 8:00થી સાંજે 5:00 PST. તમે તમારી નજીકના Kaiser Permanente સ્થાન ખાતે નાણાંકીય સલાહકાર સાથે પણ વાત કરી શકો છો.

KAISER PERMANENTE®

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 કેરટેકર સંબંધી, વગેરે શામેલ હોઈ શકે છે. ____________

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

- ☐ રોજગાર આવક / વેતન
- ☐ વ્યાપાર આવક / ભાડાની સંપત્તિ
- ☐ બેકારી લાભ s/ અપંગતા આવક
- ☐ નિર્વાહ વ્યય / બાળ સહાયતા
- ☐ પેન્શન અથવા નિવૃત્તિ/ઍન્યુઈટી
- ☐ સોશિઅલ 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 અહીં જુઠ્ઠાણા માટે દંડ થઇ શકે તે જાણીને જાહેર કરું છું કે આ એપ્લિકેશનમાં ઉપર જણાવેલ તમામ માહિતી બધી બાબતોમાં સાચી અને સચોટ 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 ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ અને અન્ય ત્રાહિત પક્ષકારના માહિતી સ્રોતો પાસેથી Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ને માહિતી મેળવવા માટેનો હક્ક અબાધિત રાખે છે.