Kaiser Permanente کا طبی مالی اعانت (MFA) کا پروگرام

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 کا طبی مالی اعانت (MFA) کا پروگرام

اگر آپ کو Kaiser Permanente سے حاصل شدہ نگہداشت صحت کی خدمات یا نسخوں کی ادائیگی میں مدد کی ضرورت ہے، یا آپ یہ خدمات حاصل کرنے والے ہیں تو، ہمارا طبی مالی اعانت (Medical Financial Assistance, MFA) پروگرام آپ کی مدد کر سکتا ہے۔

پروگرام کس طرح کام کرتا ہے

- یہ پروگرام عارضی "ایوارڈز" پیش کرتا ہے تاکہ اہل درخواست دہندگان کی ان کی مالی ضروریات کی بنیاد پر نگہداشت کی ادائیگی میں مدد کی جا سکے۔
- یہ Kaiser Permanente کے تمام مریضوں کے لیے دستیاب ہے، چاہے آپ رکن ہوں یا نہ ہوں۔
- اگر ایوارڈ دیا جاتا ہے تو، اس پروگرام میں Kaiser Permanente فراہم کنندگان کی جانب سے یا Kaiser Permanente کی سہولیات میں ایک مقررہ مدت کے لیے ہنگامی یا طبی لحاظ سے ضروری دیکھ بھال شامل ہوگی۔

اہلیت حاصل کرنے کا طریقہ

آپ کو اہلیت کی مندرجہ ذیل تقاضوں میں سے ایک کو پورا کرنا ہوگا:*

1. آپ کی مجموعی گھریلو آمدنی وفاقی غربت کی سطح کی آمدنی کی 350% سے متجاوز نہیں ہے۔

***نوٹ:** اگر آپ کی مجموعی گھریلو آمدنی وفاقی غربت کی سطح سے 350% سے زیادہ ہے اور/یا آپ کیلیفورنیا میں کٹوتی کے منصوبے کے ساتھ Kaiser Permanente کے رکن ہیں تو، آپ کو نیچے درج معیار پر پورا اترنا ہو گا۔

2. ہنگامی یا طبی لحاظ سے ضروری دیکھ بھال، دانتوں کی دیکھ بھال، اور دواؤں کی 12 ماہ کی مدت میں آپ کی جیب سے باہر صحت کی دیکھ بھال کے اخراجات آپ کی مجموعی گھریلو آمدنی کے 10% کے برابر یا اس سے زیادہ ہیں۔
   - o جیب سے باہر کے اخراجات میں مشترکہ ادائیگیاں، مشترکہ بیمہ، اور کٹوتی کے قابل ادائیگیاں شامل ہیں۔
   - o جیب سے باہر کے اخراجات میں آپ کے ماہانہ پریمیم کی طرح، خود صحت کے منصوبے کی ادائیگی شامل نہیں ہے۔

2021 وفاقی غربت کی سطح کے رہنما خطوط (FPG) کا 350%

اگر آپ کے گھرنے کا سائز حسب ذیل ہے:	آپ کی گھریلو آمدنی اس سے زیادہ نہیں ہونی چاہیے: ماہانہ	سالانہ
1	$3,722	$44,660
2	$5,028	$60,340
3	$6,335	$76,020
4	$7,642	$91,700
5	$8,948	$107,380
6	$10,255	$123,060

بڑے گھرانوں کیلئے رہنما خطوط تلاش کرنے کے لیے، **aspe.hhs.gov/poverty** ملاحظہ کریں۔

سوالات ہیں؟

MFA پروگرام کے لیے اہل ہونے کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، یا یہ جاننے کے لیے کہ وہ صحت کی دیکھ بھال کی کن خدمات کے لیے ادائیگی کرتی ہے، **www.kp.org/mfa/scal** ملاحظہ کریں۔

اگر آپ کے پاس صحت بیمہ نہیں ہے تو، آپ کو اس کے لیے درخواست دینی ہوگی۔

- چونکہ MFA پروگرام صرف عارضی مالی ایوارڈز فراہم کرتا ہے، لہذا ہم آپ سے اس کوریج کے لیے درخواست دینے کا مطالبہ کر سکتے ہیں جو آپ کو طویل مدتی کوریج میں شامل کرے گی۔ اس میں دوسرا کوئی بھی سرکاری یا نجی صحت کا پروگرام شامل ہو سکتا ہے جس کے لیے آپ اہل ہیں — جیسے Medi-Cal یا صحت بیمہ کے بازاروں میں دستیاب سبسڈی والے منصوبے۔
- ہم آپ سے اس بات کا ثبوت فراہم کرنے کا مطالبہ کر سکتے ہیں کہ آپ نے ان پروگراموں کے لیے درخواست دی ہے یا آپ کی درخواست منظور یا نامنظور ہو گئی ہے۔ لیکن آپ اب بھی ان دوسرے پروگراموں سے فیصلے کے انتظار میں MFA پروگرام سے مالی مدد حاصل کرنے کے قابل ہو سکتے ہیں۔
- اگر آپ کے پاس صحت کی دیکھ بھال کی کوریج نہیں ہے اور آپ مزید معلومات چاہتے ہیں تو، اپنی کوریج کے اختیارات کے بارے میں مزید معلومات کے لیے ہمیں 800-479-5764 پر کال کریں (TTY کے لیے، 711 پر کال کریں) پر کال کریں۔

KAISER PERMANENTE®

درخواست دینے کا طریقہ

اگر آپ اہلیت کے تقاضے کو پورا کرتے ہیں تو، آپ ان میں سے کسی بھی طرح سے درخواست دے سکتے ہیں۔

آن لائن	• MFA کی درخواست آن لائن www.kp.org/mfa/scal پر مکمل کریں • اگلے صفحے پر MFA کی درخواست پر درج تمام معلومات فراہم کرنے کے لیے تیار رہیں۔
ہمیں کال کریں	• **1-800-390-3507** (TTY **711**) پر ہمیں کال کریں، پیر تا جمعہ، بحر الکاہل کے معیاری (Pacific Standard Time, PST) وقت کے مطابق صبح 8:00 بجے سے شام 5:00 بجے کے درمیان۔ • اگلے صفحے پر MFA کی درخواست پر درج معلومات فراہم کرنے کے لیے تیار رہیں۔
اسے ٹھیک کریں	• مندرجہ ذیل صفحے پر MFA کی درخواست مکمل کریں۔ • اپنی مکمل کردہ درخواست **1-866-497-0005** پر فیکس کریں۔
اسے ڈاک سے بھیجیں	• مندرجہ ذیل صفحے پر MFA کی درخواست مکمل کریں۔ • اپنی مکمل کردہ درخواست اس پتے پر ڈاک سے بھیجیں: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
اسے یہاں چھوڑیں	• مندرجہ ذیل صفحے پر MFA کی درخواست مکمل کریں۔ • اپنی درخواست مکمل کر کے اپنے مقامی Kaiser Permanente اسپتال کے بھرتی کرنے والے محکمہ میں چھوڑ جائیں۔
کسی مالی مشیر سے ملاقات کریں	• پیر تا جمعہ، صبح 8 بجے سے شام 5:00 بجے تک، PST وقت کے مطابق، ہماری نامزد سہولیات میں کسی مالی مشیر سے ملاقات کریں۔ • اگلے صفحے پر MFA کی درخواست پر درج تمام معلومات فراہم کرنے کے لیے تیار رہیں۔

اہم: ڈاک یا فیکس کے ذریعہ درخواست دیتے وقت، یا ذاتی طور پر اپنی درخواست جمع کرتے وقت، براہ کرم آپ سے جس حد تک ممکن ہو سکے درخواست کو پُر کریں۔ کسی بھی چھوٹی ہوئی معلومات کی وجہ سے درخواست پر کارروائی میں تاخیر ہو سکتی ہے۔

درخواست دینے کے بعد کس چیز کی توقع کریں

آپ کی مکمل شدہ درخواست کا جائزہ لینے کے بعد، ہم مندرجہ ذیل نتائج میں سے ایک سے آپ کو آگاہ کریں گے:

- آپ کی درخواست منظور ہو گئی اور آپ کو مالی ایوارڈ ملے گا۔
- آپ کی درخواست کو مکمل کرنے کے لیے، ہمیں اضافی معلومات یا کاغذی کارروائی کی ضرورت ہوتی ہے، جو آپ ہمیں ڈاک سے بھیج سکتے ہیں یا ذاتی طور پر پہنچا سکتے ہیں؛ اس میں آمدنی کا ثبوت یا آپ کے جیب سے باہر کے اخراجات کی کاپیاں شامل ہو سکتی ہیں۔
- آپ کی درخواست مسترد ہو گئی تھی اور کیوں مسترد ہوئی تھی، کس صورت میں آپ ہمارے فیصلے کے خلاف اپیل کر سکتے ہیں۔

مدد کی ضرورت؟

اگر آپ کا کوئی سوال ہے یا آپ کو اپنی درخواست میں مدد کی ضرورت ہے تو، براہ کرم **1-800-390-3507** (TTY **711**) پر کال کریں، پیر تا جمعہ، صبح 8:00 بجے سے شام 5:00 بجے تک، PST کے مطابق۔ آپ Kaiser Permanente کے کسی بھی مقام پر مالی مشیر سے بات کر سکتے ہیں۔

KAISER PERMANENTE®

طبی مالی اعانت (MFA) پروگرام کی درخواست

نام: ______________________ میڈیکل ریکارڈ #: ______________________

تاریخ پیدائش: ____/____/____ رابطہ #: (____) ______________ سوشل سیکیورٹی نمبر: ______-______-______

پتہ: ____

شہر: ______________________ ریاست: __________ زپ کوڈ: __________

گھرانہ کا سائز: آپ کے گھر میں رہنے والے کنبہ کے اراکین کی تعداد (آپ سمیت)۔ شریک حیات یا اہل گھریلو شراکت دار، بچے، والدین کے لاوہ کوئی اور نگہداشت فراہم کنندہ رشتہ دار وغیرہ شامل ہو سکتے ہیں۔ ______________

گھریلو آمدنی (ماہانہ): گھرانہ میں کنبہ کے تمام اراکین کی کل مجموعی آمدنی۔
لاگو ہونے والی آمدنی کی تمام اقسام کو نشان زد کریں:

☐ روزگار کی آمدنی/اجرت
☐ نان ونفقہ/ بچوں کو ملنے والی امداد
☐ کاروبار کی آمدنی/کرایے کی املاک
☐ پنشن یا ریٹائرمنٹ/وظیفہ
☐ بے روزگاری کی مراعات/معذوری کی آمدنی
☐ سوشل سیکیورٹی/اضافی سیکیورٹی آمدنی/ سابق فوجیوں کی مراعات

$______________

نگہداشت صحت کے اخراجات: Kaiser Permanente یا کسی اور نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے ذریعہ فراہم کردہ ہنگامی یا طبی لحاظ سے ضروری خدمات کے لیے پچھلے 12 مہینوں کے دوران آپ کے ذریعہ کیے گئے اپنی جیب سے باہر کے کل اخراجات۔ اہل میڈیکل، فارمیسی، یا دانتوں کی خدمات کے لیے مشترکہ ادائیگیاں، ڈپازٹس، مشترکہ بیمہ، یا کٹوتی کے قابل ادائیگیاں شامل ہو سکتی ہیں۔

$______________

براہ کرم اس پروگرام کے لیے درخواست دینے والے اپنے گھر کے تمام اراکین کی فہرست بنائیں۔

نام	تاریخ پیدائش	رشتہ	میڈیکل ریکارڈ #
______________	____/____/____	______________	______________
______________	____/____/____	______________	______________
______________	____/____/____	______________	______________
______________	____/____/____	______________	______________
______________	____/____/____	______________	______________

غیر بیمہ یافتہ ہیں؟ Kaiser Permanente مدد کر سکتی ہے۔ اگر آپ کے پاس نگہداشت صحت کی کوریج نہیں ہے تو، ہم آپ کی آپ کے اختیارات کو سمجھنے میں مدد کر سکتے ہیں۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ Kaiser Permanente آپ کے اختیارات پر تبادلہ خیال کرنے کے لیے آپ سے رابطہ کرے تو، اس باکس کو نشان زد کریں۔

☐ ہاں، مجھ سے رابطہ کریں

میں دروغ حلفی کی سزا کے تحت یہ اعلان کرتا ہوں کہ اس درخواست میں اوپر جو کچھ بھی بیان کیا گیا ہے وہ ہر لحاظ سے صحیح اور درست ہے۔ میں یہ بھی مانتا ہوں اور اتفاق کرتا ہوں کہ ان میڈیکل سامان اور خدمات کے لیے جو پروگرام کے تحت اہل نہیں ہیں میں Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals کی واجب الادا رقمیں Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals کو دینے کا ذمہ دار ہوں ("باقی ماندہ رقمیں")۔

دستخط: ______________________________ تاریخ: ______________

نوٹ: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals MFA پروگرام سمیت، وفاقی، ریاستی اور نجی طبی پروگراموں کے لیے اہلیت کا تعین کرنے کے لیے صارف کی کریڈٹ رپورٹنگ ایجنسیوں اور دیگر فریق ثالث کے معلوماتی ذرائع سے معلومات کو استعمال کرنے کا حق محفوظ رکھتا ہے۔