Kaiser Permanente તબીબી નાણાકીય સહાય (MFA) કાર્યક્રમ

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®

Kaiser Permanente તબીબી નાણાકીય સહાય (MFA) કાર્યક્રમ

જો તમને સ્વાસ્થ્ય સંભાળ સેવાઓ અથવા Kaiser Permanente પાસેથી જે પ્રિસ્ક્રિપ્શનો તમને મળેલ છે, અથવા સુનિશ્ચિત સમયે મેળવવાના છો, તેની ચૂકવણી કરવા માટે મદદની જરૂર છે, તો અમારૂ તબીબી નાણાકીય સહાય (Medical Financial Assistance, MFA) કાર્યક્રમ તમને મદદ કરી શકે છે.

આ કાર્યક્રમ કેવી રીતે કાર્ય કરે છે

- આ કાર્યક્રમ તેમની નાણાકીય જરૂરિયાતોને આધારે યોગ્ય અરજદારોને સંભાળ માટે ચૂકવણી કરવામાં સહાય કરવા માટે અસ્થાયી "વળતર" પ્રદાન કરે છે.
- તે Kaiser Permanente ના બધા દર્દીઓ માટે ઉપલબ્ધ છે, પછી ભલે તમે તેના સભ્ય છો અથવા નહી.
- જો એ પ્રદાન કરવામાં આવે તો, આ પ્રોગ્રામ ચોક્કસ સમયગાળા માટે Kaiser Permanente પ્રદાતાઓ તરફથી અથવા Kaiser Permanente સુવિધાઓ પર કટોકટી અથવા તબીબી રીતે આવશ્યક સંભાળને આવરી લેશે.

પાત્રતા કેવી રીતે મેળવવી

તમારી પાસે નીચેની યોગ્યતા જરૂરિયાતોમાંથી કોઈ પણ એક હોવી આવશ્યક છે: *

1. તમારા પરિવારની કુલ આવક ફેડરલ ગરીબી સ્તરના 350% થી વધુ નથી.

***નોંધ:** જો તમારા પરિવારની કુલ આવક ફેડરલ ગરીબી સ્તરના 350% થી વધુ છે અને/અથવા તમે કેલિફોર્નિયાની કપાતપાત્ર યોજના સાથેના Kaiser Permanente ના સભ્ય છો, તો તમારે નીચે માપદંડ પૂર્ણ કરવા આવશ્યક છે.

2. 12-માસના સમયગાળામાં કટોકટી અથવા તબીબી રીતે આવશ્યક સંભાળ, દાંતની સંભાળ, અને દવા માટેના તમારા આઉટ-ઓફ-પોકેટ સ્વાસ્થ્ય સંભાળ ખર્ચ તમારા પરિવારની કુલ આવકના 10% અથવા તેનાથી વધુ છે.
   - આઉટ-ઓફ-પોકેટ ખર્ચમાં સહ ચુકવણી, સહ વીમો, અને કપાતપાત્ર ચૂકવણીનો સમાવેશ થાય છે.
   - આઉટ-ઓફ-પોકેટ ખર્ચમાં તમારી આરોગ્ય યોજના માટેની કોઈ ચૂકવણી શામેલ નથી, જેમ કે તમારૂ માસિક પ્રીમિયમ.

350%ફેડરલ ગરીબી સ્તરની માર્ગદર્શિકા

If your household size is:	તમારા પરિવારની આવક આના કરતાં વધુ હોવી જોઈએ નહીં:	
	માસિક	વાર્ષિક
1	$3,722	$44,660
2	$5,028	$60,340
3	$6,335	$77,020
4	$7,642	$91,700
5	$8,948	$107,380
6	$10,255	$123,060

મોટા પરિવાર માટેની માર્ગદર્શિકા જાણવા માટે **aspe.hhs.gov/poverty** ની મુલાકાત લો.

કોઈ પ્રશ્નો છે?

MFA કાર્યક્રમ માટે પાત્ર થવા વિશે વધુ માહિતી માટે, અથવા કઈ આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ માટે તે ચૂકવણી કરે છે તે જાણવા માટે, **www.kp.org/mfa/ncal** ની મુલાકાત લો.

જો તમારી પાસે સ્વાસ્થ્ય વીમો નથી, તો તમારે તેના માટે અરજી કરવાની જરૂર પડી શકે છે.

- કારણ કે MFA કાર્યક્રમ માત્ર કામચલાઉ નાણાંકીય વળતર પૂરૂ પાડે છે, માટે અમે તમને એવા કવરેજ માટે અરજી કરવા માટે કહી શકીએ છીએ જે તમને લાંબા ગાળા સુધી આવરી લેશે. તેમાં જેના માટે તમે પાત્ર છો એવા કોઈ અન્ય જાહેર અથવા ખાનગી આરોગ્ય કાર્યક્રમનો સમાવેશ થઇ શકે છે- જેમ કે Medi-Cal અથવા આરોગ્ય વીમા બજારમાં ઉપલબ્ધ સબસિડાઇઝ્ડ પ્લાન.
- અમે તમને આ કાર્યક્રમ માટે તમે અરજી કરી છે, અથવા તેઓએ તમને મંજૂર કર્યા છે અથવા નકારી કાઢ્યા છે તેની સાબિતી બતાવવા માટે કહી શકીએ છીએ,. પરંતુ તમે આવા અન્ય કાર્યક્રમોના નિર્ણયની રાહ જોઈ રહ્યા હો તો પણ MFA ના કાર્યક્રમ માંથી નાણાંકીય સહાય મેળવી શકશો.
- તમે પાત્ર હોઈ શકો એવી અન્ય સ્વાસ્થ્ય કવરેજ વિશે વધુ માહિતી માટે તમે **healthcare.gov** ની મુલાકાત લો અથવા **1-800-318-2596** પર કૉલ કરી શકો છો.

KAISER PERMANENTE®

અરજી કેવી રીતે કરવી

જો તમે પાત્રતાની જરૂરિયાતો પૂરી કરો છો, તો તમે આ પૈકી કોઈ પણ રીતે અરજી કરી શકો છો.

	અમને ફોન કરો	• અમને સોમવારથી શુક્રવાર, સવારે 8:00 વાગ્યાથી સાંજે 5:00 વાગ્યા પેસિફિક પ્રમાણભૂત સમય (PST) સુધી **1-800-390-3507** (TTY **711**) પર ફોન કરો. • MFA અરજીના આગામી પૃષ્ઠ પર સૂચિબદ્ધ માહિતી પ્રદાન કરવા માટે તૈયાર રહો.
	તે મેઈલ કરો	• નીચેના પૃષ્ઠ પર MFA અરજીને પૂર્ણ કરો. • તમારી પૂર્ણ કરેલી એપ્લિકેશનને આના પર મેઇલ કરો: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
	તે ફેક્સ કરો	• નીચેના પૃષ્ઠ પર MFA અરજીને પૂર્ણ કરો. • તમારી સંપૂર્ણ અરજી **1-800-687-9901** પર ફેક્સ કરો.
	તે અમને સુપરત કરો	• નીચેના પૃષ્ઠ પર MFA અરજીને પૂર્ણ કરો. • તમારી સંપૂર્ણ અરજી Kaiser Permanente facility ના કોઈપણ દર્દી નાણાકીય સંચાલન પર આપો.

મહત્વપૂર્ણ: મેઈલ અથવા ફેક્સ દ્વારા અરજી કરતી વખતે, અથવા તમારી અરજી વ્યક્તિને રૂબરૂ આપતી વખતે, કૃપા કરીને ખાતરી કરો કે તમે શક્ય હોય એટલી અરજી પૂર્ણ કરો. કોઈપણ ખૂટતી માહિતી અરજી પ્રક્રિયામાં વિલંબ કરી શકે છે

તમે અરજી કરો પછી શું અપેક્ષા રાખી શકો

તમારી સંપૂર્ણ અરજીની સમીક્ષા કર્યા પછી, અમે તમને નીચેના પરિણામોમાંથી એક જણાવીશું:

- તમારી અરજી મંજૂર કરવામાં આવી છે અને તમને નાણાકીય પુરસ્કાર મળશે.
- તમારી અરજી પૂર્ણ કરવા માટે, અમને વધારાની માહિતી અથવા દસ્તાવેજોની જરૂર છે, જે તમે અમને મેઇલમાં મોકલી શકો છો અથવા વ્યક્તિગત રીતે આપી શકો છો; આમાં આવકનો પુરાવો અથવા તમારા આઉટ-ઓફ-પોકેટ ખર્ચની નકલો શામેલ હોઈ શકે છે.
- તમારી અરજી નકારવામાં આવી છે અને તે શા માટે નકારવામાં આવી છે, ક્યા કિસ્સામાં તમે અમારા નિર્ણય સામે અપીલ કરી શકો છો.

સહાયની જરૂર છે?

જો તમારા કોઈ પ્રશ્નો હોય અથવા તમારી અરજી વિષે સહાયની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને સોમવારથી શુક્રવાર, સવારે 8:00 વાગ્યાથી સાંજે 5:00 વાગ્યા પેસેફિક પ્રમાણભૂત સમય (PST) સુધી **1-800-390-3507** (TTY **711**) પર ફોન કરો.તમે કોઇ પણ Kaiser Permanente Iસ્થાન પર નાણાકીય સલાહકાર સાથે વાત કરી શકો છો.

KAISER PERMANENTE®

તબીબી નાણાકીય સહાય (MFA) કાર્યક્રમની અરજી

નામ: ______________________ મેડીકલ રેકોર્ડ#: ______________

જન્મ તારીખ: ___/___/___ સંપર્ક#: (___) ______________ સામાજિક સુરક્ષા નંબર: ____-____-______

સરનામું: ______________________________________

શહેર: ______________________ રાજ્ય: ________ ZIP કોડ: ________

પરિવારનું કદ: કુટુંબના સભ્યોની સંખ્યા (તમારા સહિત) જે તમારા ઘરમાં રહે છે. જેમાં પતિ/પત્ની અથવા ઘરના યોગ્ય પાર્ટનર, બાળકો, વાલી ન હોય તેવા સંભાળ લેનાર સબંધીઓ વગેરેનો સમાવેશ થાય છે. ____________

પરિવારની આવક (માસિક): પરિવારમાં રહેતા પરિવારના તમામ સભ્યોની કુલ આવક. જે લાગુ પડે છે તેવા આવકના બધા પ્રકારો તપાસો:

- ☐ રોજગારની આવક/વેતન
- ☐ વ્યાપારની આવક/ભાડાની સંપત્તિ
- ☐ બેરોજગારીના લાભો/અપંગતાની આવક
- ☐ ભથ્થું/બાળકોની સહાય
- ☐ પેન્શન અથવા નિવૃત્તિ/વાર્ષિકી
- ☐ સામાજિક સુરક્ષા/પૂરક સુરક્ષા આવક/ વૃદ્ધત્વના લાભો

$ ____________

આરોગ્ય સંભાળ ખર્ચ: Kaiser Permanente અથવા અન્ય કોઈપણ સ્વાસ્થ્ય સંભાળ પ્રદાતા દ્વારા કટોકટી અથવા તબીબી રીતે આવશ્યક સેવાઓ માટે 12-માસના સમયગાળામાં પૂરા પાડવામાં આવેલ આઉટ-ઓફ-પોકેટ ખર્ચાઓ. જેમાં સહ ચુકવણી, થાપણો, સહ વીમો, અથવા યોગ્ય તબીબી, ફાર્મસી, અથવા ડેન્ટલ સેવાઓ માટે કપાતપાત્ર ચૂકવણીનો સમાવેશ થઇ શકે છે. $ ____________

આ કાર્યક્રમ માટે અરજી કરી રહેલા તમારા ઘરનાં તમામ સભ્યોની સૂચિ બનાવો.

નામ	જન્મ તારીખ	સંબંધ	મેડીકલ રેકોર્ડ#
	___/___/___		
	___/___/___		
	___/___/___		
	___/___/___		
	___/___/___		

વીમો નથી? Kaiser Permanente મદદ કરી શકે છે. જો તમારી પાસે સ્વાસ્થ્ય સંભાળ કવરેજ નથી, તો અમે તમને તમારા વિકલ્પો સમજવામાં સહાય કરી શકીએ છીએ. જો તમે તમારા વિકલ્પોની ચર્ચા કરવા માટે Kaiser Permanente નો સંપર્ક કરવા માંગતા હો આ બોક્સને ચેક કરો

☐ હા, મારો સંપર્ક કરો

આ સાથે હું ખોટી જુબાની આપવાના દંડ સાથે જાહેર કરું છું કે આ અરજીમાં ઉપર દર્શાવેલ બધી માહિતી તમામ બાબતોમાં સાચી અને સચોટ છે. હું એ પણ જાણું છું અને સંમત છું કે હું આ કાર્યક્રમ હેઠળ પાત્ર નથી એવી તબીબી ચીજવસ્તુઓ અને સેવાઓની તમામ રકમ. ("બાકીની રકમ") માટે Kaiser Foundation Health Plan અને Hospitals ને આપવા માટે Kaiser Foundation Health Plan અને Hospitals પ્રત્યે જવાબદાર છુ.

હસ્તાક્ષર: ______________________ તારીખ: ____________

નોંધ: Kaiser Foundation Health Plan અને Hospitals MFA કાર્યક્રમ સહિત ફેડરલ, સ્ટેટ અને ખાનગી મેડિકલ કાર્યકમ માટેની પાત્રતા નક્કી કરવા માટે ગ્રાહક ક્રેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઝ અને અન્ય ત્રીજા પક્ષના માહિતી સ્ત્રોતમાંથી માહિતીનો ઉપયોગ કરવાનો અધિકાર અનામત રાખે છે.