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.
આ કાર્યક્રમ ટીવી રીતે કાર્ય કરે છે

1. તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની સતતા 350% થી વધુ નથી.
2. 12-માસની સંયુક્ત કોટીરિત અશરીરની શિક્ષણ અને હોમેટસલ શારુમાંથી 10% અશરીરની સતતા 350% થી વધુ નથી.
3. તમારી અશરીરની બિલલી વહે છે, તો તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની સતતા 350% થી વધુ નથી.
4. આપણી પરિવારની બિલલી વહે છે, તો તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની સતતા 350% થી વધુ નથી.
5. સફળ કરાર શિક્ષણ અને હોમેટસલ શારુમાંથી 10% અશરીરની સતતા 350% થી વધુ નથી.
6. આપણી પરિવારની બિલલી વહે છે, તો તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની સતતા 350% થી વધુ નથી.

350%એકીકરણ ગરીબી સતતા માંડિનશિકા

<table>
<thead>
<tr>
<th>If your household size is:</th>
<th>$3,722</th>
<th>$44,660</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>$5,028</td>
<td>$60,340</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>$6,335</td>
<td>$77,020</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>$7,642</td>
<td>$91,700</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>$8,948</td>
<td>$107,380</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>$10,255</td>
<td>$123,060</td>
</tr>
</tbody>
</table>

મોટા પરિવાર માટે માંડિનશિકા જાણવા માટે aspe.hhs.gov/poverty- ની મુલકાકત બો.

ફાઈલની એંટી વિષે, અંતરીમ કાર્યક્રમ માટેની બિલલી વહે છે, તો તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની જ ટરા પર કાઢી શકે છે. પછી તમે આવાંકા અશરીરની બિલલી વહે છે, તો તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની જાણવા માટે, www kp org/mfa/ncal- ની મુલકાકત બો.

શું તમારી પરિવાર સ્વાસ્થ્ય વીભાની વહે છે, તો તમારી પરિવાર આવક આવાંકા પરિવારની જ ટરા પર કાઢી શકે છે.

1.યોગ્ય અરજદરીની સતતા 350% થી વધુ નથી.
2. યોગ્ય અરજદરીની સતતા 350% થી વધુ નથી.
3. તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની જ ટરા પર કાઢી શકે છે.
4. તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની જ ટરા પર કાઢી શકે છે.
5. તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની જ ટરા પર કાઢી શકે છે.
6. તમારી પરિવારની આવક આવાંકા પરિવારની જ ટરા પર કાઢી શકે છે.

MFA કાર્યક્રમ માટે 1-800-318-2596 પર કોલ કરી શકો છો.
अर्जण कैसे करें?

जो तमें पांजतानी जुर्मियातो पूरी करौ, तो तमें आ एकी कोई पड़ रीते अर्जण करी शकौ ना।

| अभाव होना करो | • अभाव सोमवारी सुकुलवार, सवारे 8:00 वाज्वाथी साढ़े 5:00 वाज्वा पेट्सिमिड प्रमाणानुसार समय (PST) सुधी 1-800-390-3507 (TTY 711) पर हेल करो।  
| | • MFA अर्जणना आगामी पूर्ण पर सूचिक नामकरण प्रभाव करवा मान तेमार रखो।

| तेईल करो | • नैवेना पूर्ण पर MFA अर्जण पूर्ण करो।  
| | • तमारी पूर्ण करूनेगी अभ्यावेंननें आम्ना पर सेवल करो:  
| | Kaiser Permanente MFA Program  
| | PO Box 30006  
| | Walnut Creek, CA 94598

| तेईल करो | • नैवेना पूर्ण पर MFA अर्जण पूर्ण करो।  
| | • तमारी संपूर्ण अर्जण 1-800-687-9901 पर खेकस करो।

| तेईल करो | • नैवेना पूर्ण पर MFA अर्जण पूर्ण करो।  
| | • तमारी संपूर्ण अर्जण Kaiser Permanente facility ना कोईपण ही नामसीक संख्यान पर आपो।

महत्वपूर्ण: मेलव अथवा खेकस द्वारा अर्जण करती वहाँ, अथवा तमारी अर्जण व्याख्याने उबार आभावी वहाँ, कृपया करीने आती करो। के तमें शक्त होई, अंतरी अर्जण पूर्ण करो। कोईपण भौतिक मालिकी अर्जण प्रक्रियामा विलंब करी शकें है।

तमें अर्जण करो पहली शुरू अथेक्ला रादि शको

तमारी संपूर्ण अर्जणनी समीक्षा कर्यां पहली, अभ तमें नैवेना परिमाणमाध्यम अंदेजरा शर्तावः

• तमारी अर्जण मंशु शर्तावां आवां हे अभ तमें नामसीक पुरस्कार म्हणो।
• तमारी अर्जण पूर्ण करूने माटू, अभ वर्णानां मालिकी अथवा व्यक्तिहरु नामसीक जरुर छ, जे तमें अभ तमें मेलमां मोक्षी शको। अथवा व्यक्तिहरु रीते आपी शको चो; आम्ना आप्नेलेशन पुरस्कार आभाव मार्शल आउट स्मोक-पाउडर पर्ने महत्त्व नकाशा शमा कोई साङ्ख्य छो।
• तमारी अर्जण नकाश्मां आवां हे अभ ते शा माटे नकाश्मां आवां हे, कृपया किसामां ते अभाव निरंतर सधी अपीवर करी शको।

सहायकी जरुर छू?

जो तमारा कोई प्रथी होय अथवा तमारी अर्जण निचे सहायकी जरुर होय, तो कृपया करीने सोमवारी सुकुलवार, सवारे 8:00 वाज्वाथी साढ़े 5:00 वाज्वा पेट्सिमिड प्रमाणानुसार समय (PST) सुधी 1-800-390-3507 (TTY 711) पर हेल करो। तमें कोई पड़ Kaiser Permanente स्थान पर नामसीक स्वाक्षर आभाये ये मान करी शको।
તમીની નાણાકીય સહાય (MFA) કાર્યક્રમની અરજી

મેડીકલ રેકોડ#:

જનમ તારીખ: ___/___/____ સંપક્ડ#:(____)____________________ સામાન્ય સુરક્ષા નંબર: _______-_______-

શેરી: ____________________ શામ્ય: ___________ ZIP કોડ: __________

પરિવારનો ક્ષેત્ર: કુલપતાના સભ્યોની સંખ્યા (તમારવા સપ્હત) જે તમારવા ઘરમાં રહે છે. જેમાં પત્ની/પત્ની અથવા ઘરના યોજન પાઈને બાળકો, બાળકી ન હોય તેવા સબંધીઓ માત્ર વગરેની સમાન વય છે.

પરિવારપ્રથમ આવક (સામાન્ય): પરિવારમાં રહેતા પરિવારના તમામ સભ્યોની મૂલ આવક. જે વધારે પડે છે તેવા આવકના બધા સેવાઓ પહોળ: 

<table>
<thead>
<tr>
<th>પરવાર નું વ્યવહાર</th>
<th>આવક</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>રોજગાર પરવાર</td>
<td>$ _____</td>
</tr>
<tr>
<td>વ્યવાસ પરવાર/ભંડવાની સંસ્થા</td>
<td>$ _____</td>
</tr>
<tr>
<td>વીમો નથી</td>
<td>$ _____</td>
</tr>
</tbody>
</table>

આવકનું સમબંધનો અધાર: Kaiser Permanente અધયાય અને કોઈપણ સ્વાસ્થ્ય સેવાના સમબંધનો અધાર દ્વારા કોઈપણ અથવા તમારી સેવા જરૂરિયાતો માટે 12-માસના સમયમાં પુર્ણ પદાર્થા આદિઓમાં ઉપયોગ કરી શકે છે. જેમાં સહ સુકૃત, થાંચા, સહ સીમો, અથવા યોજના તમીની, સમાન્ય, અમતો ડીટલ સેવાને માટે ક્ષાત્ર સુકૃતિની સમાન વય છે.

આ કાર્યક્રમ માટ અરજી કરી રહેલા તમારા તમામ સભ્યોના સૂચિને બનાવો.

<table>
<thead>
<tr>
<th>નામ</th>
<th>જનમ તારીખ</th>
<th>સંપક્ડ</th>
<th>મેડીકલ રેકોડ#</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

શીનો નથી? Kaiser Permanente માટ શકે છે. જે તમારા પણ સ્વાસ્થ્ય સ્થાનકાં કરવા માટે કોઈપણ રીતે આવકનું કાર્ય કરવા માટે ൽમે આપ્યેલ પ્રતિપત્યો હોય તેમ તમારી દર્શનીમ પ્રતિમા જાહેર કરી શકીએ. જે તમે તમની વિકલ્પોની વખતી કરવા માટે Kaiser Permanente નો તમારી દર્શનીમ પ્રતિપત્ય ને સમજી ધો જેમાં વ્યવાસ સંપક્ડ કરો

ગ્રાહક જાંડર: ____________________ તારીખ: ____________________

નોંધ: Kaiser Foundation Health Plan અને Hospitals MFA કાર્યક્રમની સહાય કર્યે હોય અને સ્વાસ્થ્ય સંસ્થાને માટ આપવા માટે Kaiser Foundation Health Plan અને Hospitals અને ર તમારી સેવાને માટે હોય.