

# 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 lingüística. 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 400% سے متجاوز نہیں ہے۔

\*نوٹ: اگر آپ کی مجموعی گھریلو آمدنی وفاقی غربت کی سطح سے 400% 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 بے سے باہر کے اخراجات میں مشترکہ ادائیگیاں، مشترکہ بیمہ، اور کٹوتی کے قابل ادائیگیاں شامل ہیں۔

o بے سے باہر کے اخراجات میں آپ کے ماہانہ پریمیم کی طرح، خود صحت کے منصوبے کی ادائیگی شامل نہیں ہے۔

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۔

2021 وفاقی غربت کی سطح کے رہنما خطوط (FPG) کا 400%		
آپ کی گھریلو آمدنی اس سے زیادہ نہیں ہونی چاہیے:		اگر آپ کے گھرنے کا سائز حسب ذیل ہے:
مہینہ	سالانہ	
\$54,360	\$4,530	1
\$73,240	\$6,103	2
\$92,120	\$7,677	3
\$111,000	\$9,250	4
\$129,880	\$10,823	5
\$148,760	\$12,397	6

بڑے گھرانوں کیلئے رہنما خطوط تلاش کرنے کے لیے، [aspe.hhs.gov/poverty](https://www.aspe.hhs.gov/poverty) ملاحظہ کریں۔

### سوالات ہیں؟

AFM پروگرام کے لئے اہل قرار پانے کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، یا یہ جاننے کے لئے کہ وہ نگہداشت صحت کی کن خدمات کے لئے وہ ادائیگی کر رہا ہے، [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal) ملاحظہ کریں یا **1-800-390-3507 (TTY 711)** پر کال کریں۔

نگہداشت صحت کی کوریج کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، ہمیں **1-800-479-5764 (TTY 711)**۔

## 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۔

<ul style="list-style-type: none"> <li>• MFA کی درخواست آن لائن <a href="http://www.kp.org/mfa/ncal">www.kp.org/mfa/ncal</a> پر مکمل کریں</li> <li>• اگلے صفحے پر MFA کی درخواست پر درج تمام معلومات فراہم کرنے کے لیے تیار رہیں۔</li> </ul>	<p>آن لائن </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مندرجہ ذیل صفحے پر MFA کی درخواست مکمل کریں۔</li> <li>• اپنی مکمل کردہ درخواست اس پتے پر ڈاک سے بھیجیں: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li> </ul>	<p>اسے ڈاک سے بھیجیں </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مندرجہ ذیل صفحے پر MFA کی درخواست مکمل کریں۔</li> <li>• اپنی مکمل کردہ درخواست <b>1-800-687-9901</b> پر فیکس کریں۔</li> </ul>	<p>اسے فیکس کریں </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مندرجہ ذیل صفحے پر MFA کی درخواست مکمل کریں۔</li> <li>• اپنی درخواست مکمل کر کے Kaiser Permanente کی کسی بھی فیسٹیٹی میں مریضوں کے مالی آپریشنز میں چھوڑ جائیں۔</li> </ul>	<p>اسے یہاں چھوڑیں </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b> پر ہمیں کال کریں، پیر تا جمعہ، بحر الکابل کے معیاری (Pacific Standard Time, PST) وقت کے مطابق صبح 8:00 بجے سے شام 5:00 بجے کے درمیان۔</li> <li>• اگلے صفحے پر MFA کی درخواست پر درج معلومات فراہم کرنے کے لیے تیار رہیں۔</li> </ul>	<p>ہمیں کال کریں </p>

**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۔

## 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 و نفقہ/ 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۔

میڈیکل ریکارڈ #

رشتہ

تاریخ پیدائش

نام

میڈیکل ریکارڈ #	رشتہ	تاریخ پیدائش	نام
_____	_____	_____/_____/_____	_____
_____	_____	_____/_____/_____	_____
_____	_____	_____/_____/_____	_____
_____	_____	_____/_____/_____	_____
_____	_____	_____/_____/_____	_____

**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 اس کے ذریعہ اعلان کرتا ہوں کہ اس درخواست میں مذکورہ بالا تمام معلومات صحیح، درست اور ہر لحاظ سے مکمل ہیں۔ 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 رکھنا ہے۔