

# Kaiser Permanente तबीबी नाएाडीय सहायता (MFA) प्रोग्राम

---

## 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 તબીબી નાણાકીય સહાયતા (MFA) પ્રોગ્રામ

જો Kaiser Permanente તરફથી તમને મળી હોય અથવા તમે પ્રાપ્ત કરો તેવું નિર્ધારિત હોય તેવી સ્વાસ્થ્ય કાળજી સેવાઓ અથવા પ્રિસ્ક્રિપ્શન્સ માટે ચૂકવણી કરવા માટે તમને મદદની જરૂર હોય, તો અમારો MFA કાર્યક્રમ તમને મદદરૂપ થઈ શકે.

### કેવી રીતે પ્રોગ્રામ કામ કરે છે

- પ્રોગ્રામ હંગામી “એવોર્ડ” આપે છે જેથી લાયકાત ધરાવતા અરજીદારો કાળજી માટે ચૂકવણી કરી શકે જે તેમની નાણાકીય 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.
- એવોર્ડ Kaiser Permanenteની બહાર પૂરી પાડેલી અને બિલ કરેલી સ્વાસ્થ્ય કાળજી સેવાઓને લાગુ પડતો નથી.

### કેવી રીતે લાયક બનવું

પાત્ર થાવ તે માટે, તમે નિમ્નલિખિત માપદંડોના સેટમાંથી એક પૂરો કરતાં હોવ તે અનિવાર્ય છે:

1. તમારી કુલ ઘરગથ્થુ આવક ફેડરલ ગરીબી માર્ગદર્શિકાઓના 400%થી વધારે ન હોય.

અથવા

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 ક્ષાતપાત્ર ચૂકવણી શામેલ હોય છે.
  - આઉટ-ઓફ-પોકેટ ખર્ચમાં, તમારા માસિક પ્રીમિયમની જેમ, તમારી આરોગ્ય યોજના માટે, કોઈપણ ચૂકવણી શામેલ નથી.

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

- MFA પ્રોગ્રામ ફક્ત હંગામી નાણાકીય 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.

### 2023 ફેડરલ પોવર્ટી ગાઇડલાઇન્સ (FPG)

જો તમારા ઘરના સભ્યો/ પરિવારનું કદ આટલું છે:	FPGના 200% કે તેથી ઓછી માસિક પારિવારિક આવક માટે 100% પુરસ્કાર	FPGના 201% થી 400% વચ્ચેની કુલ માસિક પારિવારિક આવક માટે 50% પુરસ્કાર
1	\$2,430 સુધી	\$2,431 થી \$4,860
2	\$3,287 સુધી	\$3,288 થી \$6,573
3	\$4,143 સુધી	\$4,144 થી \$8,287
4	\$5,000 સુધી	\$5,001 થી \$10,000
5	\$5,857 સુધી	\$5,858 થી \$11,713
6	\$6,713 સુધી	\$6,714 થી \$13,427

મોટા ઘરગથ્થુ વિષે માર્ગદર્શિકા જાણવા માટે મુલાકાત લો [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty).






### કોઈ પ્રશ્નો છે?

MFA પ્રોગ્રામ માટેની લાયકાત વિશે વધુ માહિતી માટે, અથવા તે કઈ આરોગ્ય સંભાળ સેવાઓ માટે ચૂકવણી કરે છે તે જોવા માટે, [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal) ની મુલાકાત લો અથવા **1-800-390-3507 (TTY 711)** પર કોલ કરો.

આરોગ્ય સંભાળના કવરેજ વિશે વધુ માહિતી માટે, અમને **1-800-479-5764 (TTY 711)** પર કોલ કરો

## કેવી રીતે અરજી કરવી

જો તમે પાત્રતાની આવશ્યકતાઓને પૂર્ણ કરો છો, તો તમે આમાંથી કોઈપણ રીતે અરજી કરી શકો છો.

 <b>ઓનલાઈન</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ઓનલાઈન MFA એપ્લિકેશન <a href="http://www.kp.org/mfa/scal">www.kp.org/mfa/scal</a> પર પૂર્ણ કરો</li> <li>પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પર સૂચિબદ્ધ બધી માહિતી આપવા માટે તૈયાર રહો.</li> </ul>
 <b>તેને ફેક્સ કરો</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પૂરી કરો.</li> <li>તમારી પૂરી કરેલ એપ્લિકેશન <b>1-866-519-1693</b> પર ફેક્સ કરો.</li> </ul>
 <b>તેને પોસ્ટ કરો</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પૂરી કરો.</li> <li>તમારી પૂરી કરેલ એપ્લિકેશન અહી મોકલો: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li> </ul>
 <b>તેને છોડી દો</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>પછીના પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પૂરી કરો.</li> <li>તમારી પૂરી કરેલ એપ્લિકેશન તમારા સ્થાનિક Kaiser Permanente હોસ્પિટલના દાખલ કરવાના વિભાગમાં આપો.</li> </ul>
 <b>મળો એક નાણાકીય સલાહકારને</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>અમારી નક્કી કરેલ સુવિધાઓ માંથી એક પર નાણાકીય સલાહકારને મળો, સોમવારથી શુક્રવાર, સવારે 8:00 થી સાંજે 5:00 PST.</li> <li>આગલા પૃષ્ઠ પર MFA એપ્લિકેશન પર સૂચિબદ્ધ બધી માહિતી આપવા માટે તૈયાર રહો.</li> </ul>

**મહત્વનું:** ચારે ઓનલાઈન, મેઇલ કે ફેક્સ દ્વારા અરજી કરો છો, અથવા તમારી એપ્લિકેશન વ્યક્તિગતરૂપે આપો છો, ત્યારે કૃપા કરીને એપ્લિકેશનને શક્ય તેટલું ભરી લેવાની ખાતરી કરો. કોઈ પણ ખૂટતી વિગતને કારણે એપ્લિકેશન પ્રક્રિયામાં મોડું થઈ શકે છે

### તમે અરજી કરો તે પછી શું અપેક્ષા રાખવી

અમે તમારી પૂર્ણ કરેલી એપ્લિકેશનની સમીક્ષા કરીએ તે પછી, અમે અરજી મળ્યાના ત્રીસ (30) દિવસની અંદર નિમ્નલિખિતમાંથી કોઈ એક પરિણામની જાણ તમને કરીશું:

- જો તમારી અરજી મંજૂર થાય, તો તમને તમારા નાણાકીય એવોર્ડ અંગે સૂચિત કરતો એક પત્ર મળશે.
- જો તમારી અરજી અપૂર્ણ હોય, તો તમને એક પત્ર મળશે જેમાં તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરવા માટે જરૂરી હોય તેવી માહિતીની સમજૂતી આપેલી હશે. વિનંતી કરેલી માહિતી તમે ક્યાંતો મેઇલ દ્વારા મોકલી શકો અથવા જાતે આવીને આપી શકો; આમાં આવકના પુરાવા અથવા તમારા આઉટ ઓફ પોકેટ ખર્ચની નકલોનો સમાવેશ થયેલો હોઈ શકે.
- જો તમારી અરજી નામંજૂર કરવામાં આવી હશે, તો તમને એ જાણ કરતો એક પત્ર મળશે કે તે નામંજૂર થઈ છે, આવા કિસ્સામાં તમે અમારા નિર્ણય સામે અપીલ કરી શકો છો.

### મદદ જોઈએ છે?

જો તમને તમારી અરજી અંગે કોઈ પ્રશ્નો હોય અથવા મદદની જરૂર હોય અથવા તમારી અરજીની સ્થિતિ તપાસવા માંગતા હોવ, તો કૃપા કરીને **1-800-390-3507 (TTY 711)** પર, સોમવારથી શુક્રવાર સવારે, 8:00 થી સાંજે 5:00, PST કોલ કરશો. તમે કોઈપણ Kaiser Permanente સ્થળ પર એક નાણાકીય સલાહકાર સાથે પણ વાત કરી શકો છો.

## 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 કેરેટેકર સંબંધી, વગેરે શામેલ હોઈ શકે છે.

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> રોજગાર આવક / વેતન            | <input type="checkbox"/> નિર્વાહ વ્યય / બાળ સહાયતા                           |
| <input type="checkbox"/> વ્યાપાર આવક / ભાડાની સંપત્તિ | <input type="checkbox"/> પેન્શન અથવા નિવૃત્તિ/એન્યુઈટી                       |
| <input type="checkbox"/> બેકારી લાભ \$/ અપંગતા આવક    | <input type="checkbox"/> 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 તમે સ્વાસ્થ્ય કાળજી માટે વીમા વડે આવરાયેલા ન હોવ, તો અમે તમને તમારા વિકલ્પો સમજાવવામાં મદદ કરી શકીએ છીએ. જો તમે ઇચ્છતા હોવ કે Kaiser Permanente તમારા વિકલ્પો અંગે ચર્ચા કરવા માટે તમારો સંપર્ક કરે તો આ ખાનામાં નિશાની કરો અથવા એક ક્વોટ મેળવવા માટે તમે અમને **1-800-479-5764 (TTY 711)** પર કોલ પણ કરી શકો છો.

 હા, મારો સંપર્ક કરો

હું આ દ્વારા જાહેર કરું છું કે આ એપ્લિકેશનમાં ઉપર જણાવેલ બધી માહિતી સાચી, સચોટ અને દરેક બાબતોમાં સંપૂર્ણ 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 કેડિટ રિપોર્ટિંગ એજન્સીઓ અને અન્ય ત્રાહિત પક્ષકારના માહિતી સ્ત્રોતો પાસેથી Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ને માહિતી મેળવવા માટેનો હક્ક અબાધિત રાખે છે.