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.

Please recycle. June 2023 | KPSC

Kaiser Permanente کا طبی مالی اعانت (MFA) کا پروگرام

اگر آپ کو نگہداشت صحت کی خدمات یا آپ کے پاس موجود نسخوں کے لیے ادائیگی کرنے میں مدد درکار ہے، یا آپ کو Kaiser Permanente سے موصول کرنے کے لیے شیڈول کیا گیا ہے تو، ہمارا (Medical Financial Assistance, MFA) پروگرام آپ کی مدد کرنے پر قادر ہو 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۔
- اس ایوارڈ کا اطلاق نگہداشت صحت کی ان خدمات پر نہیں ہوتا ہے جو Kaiser Permanente سے باہر فراہم کی گئیں اور ان کا بل بھیجا گیا۔

اہلیت حاصل کرنے کا طریقہ

اہل قرار پانے کے لیے، آپ پر درج ذیل طے شدہ معیارات میں سے ایک پورا کرنا لازم ہے:

1. آپ کی مجموعی گھریلو آمدنی وفاقی غربت کی سطح کی آمدنی کی %400 سے متجاوز نہیں ہے۔

یا

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۔

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۔

2023 وفاقی غربت کی سطح کے رہنما خطوط (Federal Poverty Guidelines, FPG)

اگر آپ کے گھرانہ یا فیملی کا سائز ہے:	FPG کے %200 پر یا اس سے کم مجموعی ماہانہ گھریلو آمدنی کے لیے %100 ایوارڈ	FPG کے %201 اور %400 کے بیچ مجموعی ماہانہ گھریلو آمدنی کے لیے %50 ایوارڈ
1	$2,340 تک	$2,341 سے $4,860 تک
2	$3,287 تک	$3,288 سے $6,573 تک
3	$4,143 تک	$4,144 سے $8,287 تک
4	$5,000 تک	$5,001 سے $10,000 تک
5	$5,857 تک	$5,858 سے $11,713 تک
6	$6,713 تک	$6,714 سے $13,427 تک

بڑے گھرانوں کیلئے رہنما خطوط تلاش کرنے کے لیے، **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/scal** 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۔

	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۔
	اسے ٹھیک کریں	• مندرجہ ذیل صفحے پر MFA کی درخواست مکمل کریں۔ • اپنی مکمل کردہ درخواست **1-866-519-1693** 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: آن لائن 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

ہم آپ کی مکمل کردہ درخواست کا جائزہ لینے کے بعد، وصولیابی سے تیس (30) دنوں کے اندر ہم آپ کو درج ذیل سے ایک نتیجہ آپ کو بتائیں گے:

- اگر آپ کی درخواست منظور ہو جاتی ہے تو، آپ کو ایک خط موصول ہوگا جو آپ کی مالی منظوری سے آپ کو مطلع کرے گا۔
- اگر آپ کی درخواست نامکمل ہے تو، آپ کی درخواست پر کارروائی کرنے کے لیے درکار معلومات کی وضاحت پر مشتمل ایک خط آپ کو موصول ہوگا۔ آپ درخواست کردہ معلومات یا تو ڈاک سے بھیج سکتے ہیں یا بذات خود پہنچا سکتے ہیں؛ اس میں آمدنی کا ثبوت یا آپ کے جیب سے باہر کے اخراجات کی نقول شامل ہو سکتی ہیں۔
- اگر آپ کی درخواست مسترد ہو جاتی ہے تو، آپ کو ایک خط موصول ہوگا جو آپ کو بتائے کا کہ یہ کیوں مسترد ہو گئی تھی، ویسی صورت میں آپ ہمارے فیصلے پر اپیل کر سکتے ہیں۔

مدد کی ضرورت؟

اگر آپ کا کوئی سوال ہے یا اپنی درخواست میں مدد درکار ہے تو یا اپنی درخواست کی حالت چیک کرنی ہے تو براہ کرم **1-800-390-3507** (TTY **711**) پر پیر تا جمعہ، 8:00 بجے صبح سے 5:00 بجے شام تک، PST کال کریں۔ آپ Kaiser Permanente کے مقام پر موجود مالی صلاحکار سے بھی 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
- ☐ کاروبار کی آمدنی/کرایے کی املاک
- ☐ بے روزگاری کی مراعات/معذوری کی آمدنی
- ☐ نان ونفقہ/ بچوں کو ملنے والی امداد
- ☐ پنشن یا ریٹائرمنٹ/وظیفہ
- ☐ 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، آپ کے اختیارات کو سمجھنے میں ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ اگر آپ چاہتے ہیں کہ Kaiser Permanente آپ کے اختیارات پر آپ سے تبادلہ خیال کرنے کے لیے آپ سے رابطہ کرے تو، آپ اس باکس کو نشان زد کر سکتے ہیں یا ایک نرخ حاصل کرنے کے لیے آپ ہمیں **1-800-479-5764** (TTY **711**) پر کال کر سکتے ہیں۔

☐ 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 رکھتا ہے۔