KAISER PERMANENTE®

चिकित्सीय वित्तीय सहायता (Medical Financial Assistance, MFA) कार्यक्रम

यदि आपको Kaiser Permanente से प्राप्त या प्राप्त होने वाली स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं या दवाइयों का भुगतान करने के लिए मदद की ज़रूरत है, तो हमारा चिकित्सीय वित्तीय सहायता (MFA) कार्यक्रम आपकी मदद कर सकता है। आप अपनी घरेलू आय के विवरण के साथ आवेदन पत्र भरने के बाद उसे जमा करके आवेदन कर सकते हैं।

कार्यक्रम कैसे काम करता है

- इस कार्यक्रम में सभी पात्र आवेदकों को उनकी वित्तीय ज़रूरतों के अनुसार देखभाल हेतु भुगतान करने में मदद करने के लिए अस्थायी तौर पर "पुरस्कृत" किया जाता है।
- यह Kaiser Permanente के सभी मरीजों के लिए उपलब्ध है, फिर चाहे आप सदस्य हों या न हों।
- अगर पुरस्कृत किया जाता है, तो कार्यक्रम एक तय समय के लिए Kaiser Permanente प्रदाताओं या Kaiser Permanente सुविधाओं से मिलने वाली आकस्मिक/तत्काल या चिकित्सकीय रूप से ज़रूरी देखभाल को कवर करेगा।
- यह पुरस्कार Kaiser Permanente की सुविधाओं के बाहर प्रदान की गईं और बिल की गईं स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं पर लागू नहीं होता है।

इसके पात्र कैसे बनें

इसके पात्र बनने के लिए, आपको नीचे दिए गए मानदंडों में से किसी एक सेट को पूरा करना होगा:

1. **आपकी कुल घरेलू आय** (टैक्स और कटौतियों से पहले की आय) संघीय गरीबी स्तर की 300% या इससे कम है।

या

2. 12 महीने की अवधि में, चिकित्सकीय दवाओं, दांतों की देखभाल और तत्काल या चिकित्सकीय रूप से आवश्यक उपचार के लिए आपके द्वारा किया गया चिकित्सा खर्च, आपकी कुल घरेलू आय का 10% या उससे अधिक है।
   - आपके द्वारा किए जाने वाले खर्चों में सह-भुगतान, सह-बीमा और कटौती योग्य भुगतान शामिल हैं।
   - आपके द्वारा किए जाने वाले खर्चों में आपकी स्वास्थ्य योजना के लिए किए जाने वाले कोई भी भुगतान शामिल नहीं होते हैं, जैसे कि आपका मासिक प्रीमियम।

2024 संघीय गरीबी दिशानिर्देश (Federal Poverty Guidelines, FPG)			
अगर आपके घर/ परिवार में इतने सदस्य हैं:	**FPG के 200% पर या उससे कम कुल मासिक घरेलू आय के लिए 100% पुरस्कार**	**FPG के 201% और 250% के बीच सकल मासिक घरेलू आय के लिए 75% पुरस्कार**	**FPG के 251% और 300% के बीच सकल मासिक घरेलू आय के लिए 50% पुरस्कार**
1	$2,510 तक	$2,511 से $3,138 तक	$3,139 से $3,765 तक
2	$3,407 तक	$3,408 से $4,258 तक	$4,259 से $5,110 तक
3	$4,303 तक	$4,304 से $5,379 तक	$5,380 से $6,455 तक
4	$5,200 तक	$5,201 से $6,500 तक	$6,501 से $7,800 तक
5	$6,097 तक	$6,098 से $7,621 तक	$7,622 से $9,145 तक
6	$6,993 तक	$6,994 से $8,742 तक	$8,743 से $10,490 तक

aspe.hhs.gov/poverty लिएदिशानिर्देशप्राप्तकरें।

कुछ पूछना चाहते हैं?

MFAका र्यक्रम के लिए पात्रता पाने के बारे में अधिक जानकारी के लिए या यह देखने के लिए कि यह किन स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के लिए भुगतान करता है, kp.org/mfa/wa पर जाएं, **1-800-442-4014** पर कॉल करें या इस कोड को स्कैन करें।

स्वास्थ्य देखभाल कवरेज विकल्पों के बारे में अधिक जानकारी के लिए, हमें **1-800-479-5764** (TTY **711**) पर कॉल करें।

KAISER PERMANENTE®

आवेदन कैसे करें

यदि आप पात्रता की सभी शर्तों को पूरा करते हैं, तो आप इनमें से किसी भी तरह से आवेदन कर सकते हैं।

ऑनलाइन	• MFAके आवेदन को kp.org/mfa/wa पर ऑनलाइन पूरा करें • MFA आवेदन के अगले पेज पर दिखने वाली हर जानकारी प्रदान करने के लिए तैयार रहें।
फैक्स करें	• अगले पेज पर MFA आवेदन पूरा करें। • अपना पूरा आवेदन **206-877-0640** पर फैक्स करें
इसे डाक से भेजें	• अगले पेज पर MFA आवेदन पूरा करें। • अपना भरा हुआ आवेदन इस पर डाक से भेजें: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584
उसे यहां पर ड्रॉप करें	• अगले पेज पर MFA आवेदन पूरा करें। • अपना पूरा आवेदन व्यवसाय कार्यालय या किसी Kaiser Permanente सुविधा के चेक-इन डेस्क पर भेजें।

ध्यान दें: कृपया आवेदन को यथासंभव पूरा भरने का ध्यान रखें, चाहे इसे खुद से, मेल, फैक्स या ऑनलाइन के माध्यम से भेजें। कोई जानकारी न होने से आपके आवेदन की प्रक्रिया में देरी हो सकती है और इस कारण मदद से इनकार किया जा सकता है।

क्या आपको मदद चाहिए?

यदि आप कुछ पूछना चाहते हैं या आपको अपने आवेदन के संबंध में मदद चाहिए, तो कृपया सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 बजे से शाम 5:00 बजे PST तक **1-844-442-4014** (TTY **711**) पर कॉल करें।

KAISER PERMANENTE®

आय प्रमाण पत्र

किसी की आय का सत्यापन, चिकित्सीय वित्तीय सहायता के लिए आवेदन प्रक्रिया का हिस्सा है। आपका पूरा किया गया आवेदन और आपका आय प्रणाम पत्र, प्रक्रिया के दौरान आपकी आय की सटीकता को सत्यापित करने में मदद करेगा। आपको जो वैकल्पिक दस्तावेज़ देने हैं, वे आपकी घरेलू आय के स्रोत के आधार पर नीचे दी गई तालिका में दिखाए गए हैं।

घरेलू आय के स्रोत	हर आय स्रोत के लिए इनमें से केवल एक ही प्रदान करें
व्यवसाय/किराये से प्राप्त आय	हालिया W-2s, 1099 स्टेटमेंट या टैक्स रिटर्न
रोज़गार से प्राप्त आय/वेतन	हालिया वेतन भुगतान हालिया W-2s, 1099 स्टेटमेंट या टैक्स रिटर्न
प्राप्त हुई पेंशन/सेवानिवृत्ति/वार्षिक आय	हालिया वेतन भुगतान पेंशन/सेवानिवृत्ति से जुड़े भुगतान का स्टेटमेंट हालिया W-2s, 1099 स्टेटमेंट या टैक्स रिटर्न
स्व-रोज़गार से प्राप्त आय	हालिया वेतन भुगतान हालिया W-2s, 1099 स्टेटमेंट या टैक्स रिटर्न
सामाजिक सुरक्षा/पूरक सुरक्षा से प्राप्त आय	सामाजिक सुरक्षा प्रशासन द्वारा लाभ का सत्यापन पत्र सामाजिक सुरक्षा स्टेटमेंट
बेरोज़गारी लाभ/दिव्यांगता से प्राप्त आय	बेरोज़गारी/दिव्यांगता लाभ सत्यापन पत्र हालिया W-2s, 1099 स्टेटमेंट या टैक्स रिटर्न
सेवानिवृत्त लोगों के लाभ से प्राप्त आय	VA लाभ सत्यापन पत्र हालिया W-2s, 1099 स्टेटमेंट या टैक्स रिटर्न
सरकारी सहायता (जैसे, Medicaid, TANF, SNAP, WIC, या कम आय वाले आवास)	पात्रता पत्र का अनुमोदन
ब्याज या लाभांश से प्राप्त आय	हालिया टैक्स रिटर्न
पति/पत्नी/बाल सहायता से प्राप्त हुए भुगतान	बच्चे के भरण-पोषण या गुज़ारा भत्ते के लिए प्राप्त कुल मासिक आय दिखाने वाला एक पत्र
कोई घरेलू आय नहीं	लिखित सत्यापन/स्पष्टीकरण

KAISER PERMANENTE®

आवेदन करने के बाद आप क्या प्राप्त कर सकते हैं

आपका पूरा आवेदन प्राप्त होने के तीस (30) दिन के भीतर, हम इसकी समीक्षा करेंगे और आपको इन परिणामों में से एक के बारे में सूचित करेंगे:

- अगर आपका आवेदन स्वीकृत हो जाता है, तो आपको अपने वित्तीय पुरस्कार के बारे में सूचित करने वाला एक पत्र मिलेगा।
- यदि आपका आवेदन अधूरा है, तो आपको उस पर कार्रवाई करने के लिए आवश्यक विवरणों को रेखांकित करने वाला एक पत्र मिलेगा। आप मांगी गई जानकारी व्यक्तिगत रूप से या मेल द्वारा भेज सकते हैं; इसमें आय का प्रमाण या आपके खुद के खर्च की प्रतियां शामिल हो सकती हैं।
- अगर आपका आवेदन अस्वीकार कर दिया जाता है, तो आपको एक पत्र मिलेगा, जिसमें अस्वीकार करने का कारण बताया जाएगा, और आप ऐसी ऐसी स्थिति में आप हमारे निर्णय के खिलाफ अपील कर सकते हैं।

KAISER PERMANENTE®

यह Kaiser Permanente परिसर से चिकित्सीय वित्तीय सहायता के लिए एक आवेदन पत्र है।

चिकित्सीय वित्तीय सहायता (MFA) कार्यक्रम के लिए आवेदन

अनुभाग 1: मरीज़ की जानकारी

नाम	मेडिकल रिकॉर्ड नम्बर (वैकल्पिक)
जन्मतिथि	सामाजिक सुरक्षा नंबर (वैकल्पिक) ☐ मेरे पास सामाजिक सुरक्षा नंबर नहीं है
डाक पता (गली)	
शहर	राज्य / ज़िप कोड
क्या मरीज़ के पास कोई आवास नहीं है? ☐ हाँ ☐ नहीं	मुख्य फ़ोन नंबर ☐ घर ☐ मोबाइल नंबर ☐ कार्यालय० ☐ अन्य

क्या रोगी राज्य के सहायता कार्यक्रम जैसे पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), महिलाओं, शिशुओं और बच्चों (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants & Children, WIC), कम आय वाले आवास, या मेडिकेड में नामित है? ☐ हाँ ☐ नहीं

अनुभाग 2: परिवार की जानकारी

परिवार में लोगों की संख्या: आपके घर में रहने वाले परिवार के सदस्यों (आपको मिलाकर) की संख्या। इसमें बच्चे, माता-पिता के अतिरिक्त देखभालकर्ता, जीवनसाथी या अन्य स्वीकृत घरेलू साथी, रिश्तेदार आदि शामिल हो सकते हैं। ____________

परिवार की आय (मासिक): 18 वर्ष से अधिक आयु के सभी घरेलू सदस्यों के लिए कुल सकल आय (करों और कटौतियों से पहले की आय)। लागू होने वाली सभी प्रकार की आय पर सही का निशान लगाएं:

- ☐ व्यवसाय/किराये से प्राप्त आय
- ☐ रोज़गार से प्राप्त आय/वेतन
- ☐ सेवानिवृत्त लोगों के लाभ से आय
- ☐ ब्याज या लाभांश से प्राप्त आय
- ☐ स्व-रोज़गार से प्राप्त आय
- ☐ सामाजिक सुरक्षा/पूरक सुरक्षा से प्राप्त आय
- ☐ बेरोज़गारी लाभ/दिव्यांगता से प्राप्त आय
- ☐ पति/पत्नी/बाल सहायता से प्राप्त हुए भुगतान
- ☐ प्राप्त हुई पेंशन/सेवानिवृत्ति/वार्षिक आय
- ☐ पिछले 2 महीनों से मेरे घर में कोई भी नहीं कमा रहा है या आय प्राप्त नहीं हुई है

KAISER PERMANENTE®

यदि घर के सभी सदस्यों की कुल वार्षिक आय शून्य है, तो ऊपर और नीचे सत्यापन बॉक्स को पर सही का निशान लगाएं, एक लिखित स्पष्टीकरण प्रदान करें कि घर में वयस्क परिवार के सदस्य बिना आय के भोजन, आश्रय, उपयोगिताओं और अन्य आवश्यकताओं के लिए अपना भरण-पोषण कैसे करते हैं। ____________________ ____________________ ____________________	$__________
स्वास्थ्य देखभाल संबंधी लागत: Kaiser Permanente या किसी अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा प्रदान की गई ज़रूरी आपातकालीन या चिकित्सकीय सेवाओं के लिए 12 महीने में आपके द्वारा किया गया कुल खर्च। इसमें पात्र चिकित्सा, फ़ॉर्मेसी, या दंत चिकित्सा सेवाओं के लिए सह-भुगतान, जमा, सह-बीमा, या कटौती योग्य भुगतान शामिल हो सकते हैं।	$__________

कृपया चिकित्सीय वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने वाले अपने घर के सभी सदस्यों की सूची बनाएं।

नाम	**जन्मतिथि**	**सम्बन्ध**	**मेडिकल रिकॉर्ड #**

बीमित नहीं हैं? Kaiser Permanente आपकी मदद कर सकता है। अगर आपके पास स्वास्थ्य देखभाल कवरेज नहीं है, तो हम आपके विकल्पों को समझने में आपकी मदद कर सकते हैं। यदि आप चाहते हैं कि Kaiser Permanente आपके विकल्पों पर चर्चा करने के लिए आपसे संपर्क करे, तो इस बॉक्स पर सही का निशान लगाएं या कोटेशन प्राप्त करने के लिए आप हमें **1-800-479-5764** (TTY **711**) पर कॉल कर सकते हैं।

☐ हाँ, मुझसे संपर्क करें

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूं कि इस आवेदन में ऊपर दी गई संपूर्ण जानकारी सभी मामलों में सत्य, सटीक और पूर्ण है। मैं यह भी स्वीकार करता/करती हूं और सहमत हूँ कि मैं उन चिकित्सा वस्तुओं और सेवाओं हेतु जो कार्यक्रम के तहत पात्र नहीं हैं ("शेष राशि"), Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) को देय सभी राशियों के लिए Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals के प्रति उत्तरदायी हूं।

ध्यान दें: आय का प्रमाण नहीं दिए जाने पर Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals, MFA कार्यक्रम सहित संघीय, राज्य और निजी चिकित्सा कार्यक्रमों के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए उपभोक्ता क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों और अन्य तृतीय-पक्ष सूचना स्रोतों से जानकारी का उपयोग करेंगे।

इस आवेदन को जमा करके, मैं KFH/HP को इस आवेदन में प्रदान की गई किसी भी जानकारी को सत्यापित करने के लिए उपभोक्ता क्रेडिट रिपोर्टिंग एजेंसियों और अन्य तृतीय-पक्ष सूचना स्रोतों से जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता/करती हूं, जिसे आवश्यक माना जाता है।

हस्ताक्षर	तिथि

आपके आवेदन पर तुरंत कार्रवाई करने के लिए पूरा और सही प्रयास किया जाएगा और एक बार आपके आवेदन की समीक्षा हो जाने के बाद आपको परिणाम की पुष्टि करने वाला एक पत्र प्राप्त होगा।

NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

English: If you need help in your language, language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). Call our Member Service Contact Center at 1-800-464-4000 (TTY 711) for help or visit any registration desk for more information at any Kaiser Permanente hospital, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronical formats are also available.

Chinese：如果您需要使用您的语言获得帮助，我们每周 7 天、每天 24 小时免费提供语言帮助（节假日休息）。请致电 1-800-464-4000 (TTY 711) 联络我们的会员服务联络中心以寻求帮助，或前往任何 Kaiser Permanente 医院的登记台了解更多信息，我们的服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。我们还为残疾人提供辅助工具和服务，例如盲文、大字体、音频和其他无障碍电子格式的文档。

Spanish: Si necesita ayuda en su idioma, contamos con asistencia de idiomas sin costo alguno para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (TTY 711) para obtener ayuda. O visite el mostrador de recepción en cualquier hospital de Kaiser Permanente para obtener más información, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También ofrecemos ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles.