

## Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

Si necesita ayuda para pagar los servicios de atención médica o los medicamentos recetados que ha recibido o recibirá de Kaiser Permanente, nuestro programa de MFA (Medical Financial Assistance, Asistencia Financiera para Gastos Médicos) puede ayudarle. Para participar en el programa, complete y envíe una solicitud, donde debe incluir información sobre los ingresos de su hogar.

### Cómo funciona el programa

- El programa ofrece “compensaciones” temporales para ayudar a los solicitantes calificados a pagar por la atención según sus necesidades financieras.
- Está disponible para todos los pacientes de Kaiser Permanente, independientemente de que sean miembros o no.
- Si es admitido en el programa, se cubrirá la atención de emergencia/urgencia o medicamento necesaria brindada por proveedores de Kaiser Permanente o en centros de atención de Kaiser Permanente durante un tiempo específico.
- La compensación no se aplica a los servicios de atención médica brindados y facturados fuera de los centros de atención de Kaiser Permanente.

### Cómo calificar para el programa

Para calificar, debe cumplir **UNO** de los siguientes conjuntos de criterios:

1. El ingreso bruto de su hogar (ingreso antes de impuestos y deducciones) es 300 % o menos del nivel federal de pobreza.

#### O BIEN

2. Sus gastos de bolsillo en atención de emergencia o medicamento necesaria, atención dental y medicamentos durante un periodo de 12 meses son iguales o superiores al 10 % del ingreso bruto de su hogar.
  - Los gastos de bolsillo incluyen copagos, coseguros y deducibles.
  - Los gastos de bolsillo no incluyen ningún pago a su plan de salud en sí, como la prima mensual.

| Pautas Federales de Pobreza<br>(Federal Poverty Guidelines, FPG) para 2024 |   |  |
|--|---|--|
| Número de personas en su hogar/familia:                                    | Una compensación del 100 % por ingreso bruto mensual del hogar igual o inferior al 200 % de las FPG | Una compensación del 50 % por ingreso bruto mensual del hogar entre el 201 % y el 300 % de las FPG |
| 1  | Hasta \$2,510   | De \$2,511 a \$3,765   |
| 2  | Hasta \$3,407   | De \$3,408 a \$5,110   |
| 3  | Hasta \$4,303   | De \$4,304 a \$6,455   |
| 4  | Hasta \$5,200   | De \$5,201 a \$7,800   |
| 5  | Hasta \$6,097   | De \$6,098 a \$9,145   |
| 6  | Hasta \$6,993   | De \$6,994 a \$10,490  |

Visite [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) si quiere ver las pautas para hogares más grandes.

### ¿Tiene alguna pregunta?






Si necesita más información sobre los requisitos del programa de MFA o quiere conocer qué servicios de atención médica cubre, visite [kp.org/mfa/co](https://kp.org/mfa/co) (en inglés), llame al **303-338-3555** o escanee este código.

Para obtener más información sobre las opciones de cobertura de atención médica, llámenos al **1-800-479-5764 (TTY 711)**.



## Cómo presentar la solicitud

Si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, puede solicitar la MFA de cualquiera de estas maneras.

|   |   |
|---|---|
|  <p>En línea</p>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete en línea la solicitud para la MFA en <a href="http://kp.org/mfa/co">kp.org/mfa/co</a> (en inglés).</li> <li>• Tenga a la mano toda la información que figura en la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> </ul>             |
|  <p>Por fax</p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> <li>• Envíe la solicitud completada al <b>1-855-300-3684</b>.</li> </ul>  |
|  <p>Por correo postal</p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> <li>• Envíe la solicitud completada a la siguiente dirección:<br/>Northfield Support Services<br/>11000 E. 45th Avenue<br/>Denver, CO 80239-3003</li> </ul>                       |
|  <p>En persona</p>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> <li>• Entregue su solicitud completada en el área de registro del paciente en cualquier consultorio médico de Kaiser Permanente.</li> </ul>                                       |
|  <p>Reunión con un asesor financiero</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reúnase con un asesor financiero en uno de nuestros centros designados, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (MST).</li> <li>• Tenga a la mano toda la información que figura en la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> </ul> |

**Importante:** Cuando presente la solicitud en internet, por correo, por fax o en persona, asegúrese de completarla lo mejor que pueda. La falta de información puede demorar el procesamiento de su solicitud y ocasionar que se rechace la asistencia.

### ¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda con la solicitud o quiere verificar su estado, llame al **303-338-3555**, de lunes a viernes, de 10 a. m. a 3 p. m. (MST). También puede hablar con un asesor financiero en cualquier centro designado de Kaiser Permanente.

### Documentación de prueba de ingresos

La verificación de ingresos es parte del proceso que determina si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera destinada a cubrir gastos médicos. Incluir documentación que pruebe sus ingresos junto con la solicitud completada ayudará a confirmar la exactitud de sus ingresos durante el proceso de revisión. La siguiente tabla enumera los documentos opcionales que debería presentar según las fuentes de ingresos de su hogar.

| <b>Fuentes de ingresos familiares</b>   | <b>Proporcione solo uno de los siguientes por fuente de ingresos</b>   |
|---|--|
| Ingresos comerciales o de alquileres  | Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes   |
| Ingreso laboral o salario   | Talones de pago recientes<br>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes  |
| Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades   | Talones de pago recientes<br>Estado de pagos de pensión o jubilación<br>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes         |
| Ingresos por trabajo autónomo   | Talones de pago recientes<br>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes  |
| Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario                                   | Carta de verificación de beneficios de la Administración del Seguro Social<br>Declaración del Seguro Social  |
| Ingresos por desempleo o incapacidad  | Carta de verificación de beneficios por desempleo o incapacidad<br>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes              |
| Ingresos por veterano   | Carta de verificación de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos<br>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes |
| Asistencia gubernamental (p. ej., Medicaid, TANF, SNAP, WIC o vivienda para personas de bajos ingresos) | Carta de aprobación de elegibilidad  |
| Ingresos por intereses o dividendos   | Declaración de impuestos reciente  |
| Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos  | Una carta que muestre los ingresos brutos mensuales recibidos para manutención de los hijos o pensión alimenticia  |
| Sin ingresos en el hogar  | Declaración o explicación por escrito  |

### **Qué esperar después de presentar la solicitud**

Después de revisar su solicitud, le informaremos uno de los siguientes resultados dentro de los treinta (30) días posteriores a su recepción:

- Si la solicitud se aprueba, recibirá una carta que le notificará su reconocimiento financiero.
- Si la solicitud está incompleta, recibirá una carta que detallará la información necesaria para procesar su solicitud. Puede enviar la información requerida por correo postal o entregarla en persona, esto podría incluir prueba de ingresos o copias de sus gastos de bolsillo.
- Si la solicitud se rechaza, recibirá una carta que le notificará la razón y tendrá la posibilidad de apelar la decisión.

## Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

### Sección 1: Información del paciente

|   |                                    |                                       |  |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| NOMBRE  |                                    | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (OPCIONAL) |  |
| FECHA DE NACIMIENTO   | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL) |                                       | <input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social   |
| DIRECCIÓN POSTAL (CALLE)  |                                    |                                       |  |
| CIUDAD  | ESTADO                             | CÓDIGO POSTAL                         |  |
| ¿Actualmente el paciente no tiene vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                    | NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL          | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular<br><input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro |

¿Está el paciente inscrito en un programa de asistencia estatal como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP); Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF); Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC); viviendas para personas de bajos ingresos o Medicaid?  Sí  No

### Sección 2: Información del hogar

**Cantidad de integrantes de la familia:** Número de miembros de la familia (incluido usted) que viven en su hogar. Esto puede incluir a su cónyuge o pareja doméstica calificada, hijos, un cuidador que no sea la madre/el padre, familiares, etc.

**Ingresos familiares (mensual):** Ingreso bruto total (ingreso antes de impuestos y deducciones) de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Marque TODOS los tipos de ingresos que correspondan:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingresos comerciales o de alquileres | <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario  |
| <input type="checkbox"/> Ingreso laboral o salario            | <input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo o incapacidad                                   |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por veterano                | <input type="checkbox"/> Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos                     |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos  | <input type="checkbox"/> Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades                |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo autónomo        | <input type="checkbox"/> Nadie en mi hogar recibe o ha recibido ingresos en los últimos 2 meses |

Si el ingreso bruto anual de todos los miembros del hogar es cero, marque la casilla de certificación arriba y abajo, proporcione una explicación por escrito sobre cómo los miembros adultos de la familia se mantienen sin ingresos, es decir, alimentos, albergue, servicios públicos y otras necesidades.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Costos de la atención médica:** Gastos de bolsillo totales que tuvo durante un periodo de 12 meses por servicios de emergencia o médicamente necesarios proporcionados por Kaiser Permanente o cualquier otro proveedor de atención médica. Puede incluir copagos, depósitos, coseguros o deducibles por servicios médicos, de farmacia o dentales elegibles.

\$ \_\_\_\_\_

**Indique todos los miembros de su hogar que aplican al Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos.**

| Nombre | Fecha de nacimiento | Parentesco | N.º de historia clínica |
|--------|---------------------|------------|-------------------------|
| _____  | _____               | _____      | _____                   |
| _____  | _____               | _____      | _____                   |
| _____  | _____               | _____      | _____                   |
| _____  | _____               | _____      | _____                   |

**¿No tiene seguro? Kaiser Permanente puede ayudar.** Si no tiene cobertura de atención médica, podemos ayudarle a comprender sus opciones. Marque esta casilla si desea que Kaiser Permanente se comunice con usted para hablar sobre sus opciones. O bien puede llamarnos al **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obtener una cotización.

Sí, comuníquense conmigo

Por la presente declaro que toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera, precisa y completa en todos los aspectos. También reconozco y acepto que soy responsable ante Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals (KFH/HP) de todos los montos adeudados a KFH/HP por servicios y artículos médicos que no sean elegibles según el programa (los "Saludos").

**Nota:** Cuando no se proporcione prueba de ingresos, Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals utilizarán la información de las agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros a fin de determinar la elegibilidad para programas médicos federales, estatales y privados, incluido el programa de MFA.

Al enviar esta solicitud, autorizo a KFH/HP a obtener información de las agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros para verificar cualquier dato proporcionado en esta solicitud que se considere necesario.

|       |       |
|-------|-------|
| FIRMA | FECHA |
|-------|-------|

Haremos todos los esfuerzos razonables para procesar su solicitud de manera oportuna. Una vez revisada, recibirá una carta confirmando el resultado.

# 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 electronic 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.