

Program Medical Financial Assistance (MFA)

Jeśli potrzebujesz pomocy w opłaceniu usług opieki zdrowotnej lub leków na receptę, które otrzymujesz lub planujesz otrzymać od Kaiser Permanente, możesz skorzystać z naszego programu Medical Financial Assistance (MFA). Aby złożyć wniosek, wypełnij i prześlij formularz zawierający informacje o dochodach gospodarstwa domowego.

Zasady działania programu

- Program oferuje tymczasowe „świadczenia” pomagające wnioskodawcom kwalifikującym się do programu w opłaceniu opieki w oparciu o ich potrzeby finansowe.
- Program jest dostępny dla wszystkich pacjentów Kaiser Permanente, niezależnie od tego, czy są członkami planu.
- Gdy pacjentowi zostanie przyznane świadczenie, program będzie obejmował nagłą/pilną lub medycznie niezbędną opiekę świadczoną przez usługodawców Kaiser Permanente lub w placówkach Kaiser Permanente przez określony czas.
- Świadczenie nie obejmuje usług opieki zdrowotnej świadczonych i opłacanych poza placówkami Kaiser Permanente.

Kryteria kwalifikowalności do programu Aby zakwalifikować się do programu, trzeba spełnić JEDNO z poniższych kryteriów:

1. Dochód brutto gospodarstwa domowego (dochód przed opodatkowaniem i odliczeniami) wynosi 300% lub mniej wartości federalnego progu ubóstwa.

LUB

2. Koszty opieki zdrowotnej pokrywane z własnej kieszeni za opiekę w nagłych wypadkach lub niezbędną opiekę medyczną, opiekę dentystyczną i leki w okresie 12 miesięcy są równe lub wyższe niż 10% dochodu brutto gospodarstwa domowego.
 - Koszty pokrywane z własnej kieszeni obejmują współpłaty, współubezpieczenie i udział własny.
 - Koszty pokrywane z własnej kieszeni nie obejmują jakichkolwiek opłat za sam plan ubezpieczenia zdrowotnego, takich jak miesięczna składka.

Wytyczne dotyczące federalnego progu ubóstwa 2024 (FPG)

Jeśli rozmiar gospodarstwa domowego/rodziny to:	100% świadczenia przy miesięcznym dochodzie brutto gospodarstwa domowego na poziomie lub poniżej 200% FPG	50% świadczenia przy miesięcznym dochodzie brutto gospodarstwa domowego na poziomie od 201% do 300% FPG
1	Do \$2,510	\$2,511 do \$3,765
2	Do \$3,407	\$3,408 do \$5,110
3	Do \$4,303	\$4,304 do \$6,455
4	Do \$5,200	\$5,201 do \$7,800
5	Do \$6,097	\$6,098 do \$9,145
6	Do \$6,993	\$6,994 do \$10,490

Odwiedź stronę aspe.hhs.gov/poverty, aby zapoznać się z wytycznymi dla większych gospodarstw domowych.

Masz pytania?





Aby uzyskać więcej informacji na temat kwalifikacji do programu MFA lub sprawdzić, które usługi opieki zdrowotnej są opłacane w ramach programu, odwiedź stronę kp.org/mfa/mas, zadzwoń pod numer **1-844-412-0919**, (TTY **711**) lub zeskanuj ten kod.

Aby uzyskać więcej informacji na temat opcji ubezpieczenia zdrowotnego, zadzwoń do nas pod numer **1-800-479-5764** (TTY **711**).



Możliwość przystąpienia do programu

Jeśli spełniasz wymagania dotyczące kwalifikowalności, możesz złożyć wniosek na jeden z poniższych sposobów.

 Internet	<ul style="list-style-type: none">Wypełnij wniosek MFA przez Internet kp.org/mfa/masPrzygotuj się, aby podać wszystkie informacje wymienione we wniosku MFA na następnej stronie.
 Prześlij go faksem	<ul style="list-style-type: none">Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie.Przefaksuj wypełniony wniosek na numer 1-855-414-1713.
 Droga pocztowa	<ul style="list-style-type: none">Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie.Wyślij wypełniony wniosek na adres: Kaiser Permanente MFA Program 2101 East Jefferson Street Rockville, MD 20852
 Doręczenie osobiste	<ul style="list-style-type: none">Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie.Wypełniony wniosek należy złożyć w Dziale obsługi klienta w dowolnym centrum medycznym Kaiser Permanente.

Ważne: Składając wniosek przez Internet, pocztą, faksem lub osobiście, pamiętaj o jak najdokładniejszym wypełnieniu wniosku. Brakujące informacje mogą opóźnić proces rozpatrywania wniosku i skutkować odmową przyznania pomocy.

Potrzebujesz pomocy?

Jeśli masz jakiegokolwiek pytania lub potrzebujesz pomocy z wypełnieniem wniosku, zadzwoń pod numer **1-844-412-0919 (TTY 711)**, od poniedziałku do piątku, 9:30 a.m. to 3:30 p.m., czasu wschodniego (EST). Możesz również porozmawiać z naszym przedstawicielem Działu obsługi klienta w dowolnej placówce Kaiser Permanente.

Dokumentacja potwierdzająca dochody

Weryfikacja dochodu jest częścią określania kwalifikowalności do pomocy finansowej związanej z opieką medyczną. Dołączenie dokumentacji potwierdzającej dochody do wypełnionego wniosku pomoże w szybkim ustaleniu dochodów podczas procesu weryfikacji. Poniższa tabela zawiera listę opcjonalnych dokumentów, które należy przedłożyć w zależności od źródeł dochodu gospodarstwa domowego.

Źródła dochodu gospodarstwa domowego	Podaj tylko jedno z poniższych źródeł dochodu
Dochód z prowadzenia działalności/najmu	Ostatnie formularze W-2, zestawienia 1099 lub zwrot podatku
Dochód/wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia	Ostatnie paski wypłaty Ostatnie formularze podatkowe W-2, oświadczenia 1099 lub zwrot podatku
Dochód z otrzymywanych rent/emerytur	Ostatnie paski wypłaty Oświadczenie o wypłacie emerytury/renty Ostatnie formularze podatkowe W-2, oświadczenia 1099 lub zwrot podatku
Dochód z tytułu samozatrudnienia	Ostatnie paski wypłaty Ostatnie formularze W-2, zestawienia 1099 lub zwrot podatku
Dochód z ubezpieczenia społecznego/uzupełniającego	Dokument weryfikujący świadczenia od Social Security Administration (Administracji Ubezpieczeń Społecznych) Oświadczenie o ubezpieczeniu społecznym
Dochód z zasiłku dla bezrobotnych/niepełnosprawności	Dokument weryfikujący świadczenia z tytułu bezrobocia/niepełnosprawności Ostatnie formularze W-2, zestawienia 1099 lub zwrot podatku
Dochód ze świadczeń dla weteranów	Dokument weryfikujący świadczenia dla weteranów Ostatnie formularze W-2, zestawienia 1099 lub zwrot podatku
Pomoc rządowa (np. Medicaid, TANF, SNAP, WIC lub mieszkania dla osób o niskich dochodach)	Pismo potwierdzające uprawnienia
Dochód z odsetek lub dywidend	Ostatnie rozliczenie podatkowe
Otrzymywane alimenty na rzecz małżonka/dziecka	Pismo wykazujące miesięczny dochód brutto otrzymywany na utrzymanie dziecka lub z tytułu alimentów
Zerowy dochód gospodarstwa domowego	Poświadczenie/wyjaśnienie w formie pisemnej

Postępowanie po złożeniu wniosku

Po rozpatrzeniu wypełnionego wniosku poinformujemy Cię o jednym z poniższych wyników w ciągu trzydziestu (30) dni od jego otrzymania:

- Jeśli wniosek zostanie zatwierdzony, otrzymasz pismo z powiadomieniem o przyznaniu środków finansowych.
- Jeśli wniosek jest niekompletny, otrzymasz pismo z prośbą o podanie informacji niezbędnych do jego rozpatrzenia. Wymagane informacje możesz przesłać pocztą lub dostarczyć osobiście; mogą one obejmować potwierdzenie dochodów lub kopie wydatków bieżących.
- Jeśli wniosek zostanie odrzucony, otrzymasz pismo z powiadomieniem o przyczynach odrzucenia. W takim przypadku możesz odwołać się od naszej decyzji.

Wniosek do programu Medical Financial Assistance (MFA)
Część 1: Informacje o pacjencie

IMIĘ I NAZWISKO		NUMER DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (OPCJONALNIE)	
DATA URODZENIA	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (OPCJONALNY) <input type="checkbox"/> Nie mam numeru ubezpieczenia społecznego		
ADRES KORESPONDENCYJNY (ULICA)			
MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD POCZTOWY	
Czy pacjent jest obecnie bezdomny? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		GŁÓWNY NUMER TELEFONU <input type="checkbox"/> Domowy <input type="checkbox"/> Komórkowy <input type="checkbox"/> Służbowy <input type="checkbox"/> Inny	

Czy pacjent jest objęty państwowym programem pomocy, takim jak Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), programem mieszkaniowym dla osób o niskich dochodach lub Medicaid? Tak Nie

Część 2: Informacje o gospodarstwie domowym

Rozmiar gospodarstwa domowego: Liczba członków gospodarstwa domowego (łącznie z Tobą) mieszkających w Twoim domu. Może obejmować małżonka lub partnera życiowego, dzieci, opiekuna niebędącego rodzicem, krewnego itp.

Dochód gospodarstwa domowego (miesięczny): Całkowity dochód brutto (dochód przed opodatkowaniem i odliczeniami) dla wszystkich członków gospodarstwa domowego w wieku powyżej 18 lat. Należy zaznaczyć WSZYSTKIE rodzaje dochodu, które dotyczą:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dochód z prowadzenia działalności/najmu | <input type="checkbox"/> Dochód z ubezpieczenia społecznego/uzupełniającego |
| <input type="checkbox"/> Dochód/wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia | <input type="checkbox"/> Dochód z zasiłku dla bezrobotnych/niepełnosprawności |
| <input type="checkbox"/> Dochód ze świadczeń dla weteranów | <input type="checkbox"/> Otrzymywane alimenty na rzecz małżonka/dziecka |
| <input type="checkbox"/> Dochód z odsetek lub dywidend | <input type="checkbox"/> Dochód z emerytur/rent/rent |
| <input type="checkbox"/> Dochód z tytułu samozatrudnienia | <input type="checkbox"/> Nikt w moim gospodarstwie domowym nie uzyskuje dochodu ani nie uzyskiwał dochodów w ciągu ostatnich 2 miesięcy |

Jeśli roczny dochód brutto dla wszystkich członków gospodarstwa domowego jest równy zeru, zaznacz powyższe pole poświadczenia, a poniżej podaj pisemne wyjaśnienie, w jaki sposób dorośli członkowie rodziny w gospodarstwie domowym utrzymują się bez dochodu, tj. zapewniają żywność, zakwaterowanie, media i inne podstawowe potrzeby.

_____ _____ _____	\$ _____
-------------------------	----------

Koszty opieki zdrowotnej: Suma wydatków pokrywanych z własnej kieszeni poniesionych w okresie 12 miesięcy w związku z nagłymi lub medycznie niezbędnymi usługami świadczonymi przez Kaiser Permanente lub innego dostawcę usług opieki zdrowotnej. Może obejmować współpłaty, zaliczki, współubezpieczenie lub udział własny za kwalifikujące się usługi medyczne, farmaceutyczne lub stomatologiczne.

\$ _____

Należy wymienić wszystkich członków gospodarstwa domowego ubiegających się o medyczną pomoc finansową.

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Relacja	Nr dokumentacji medycznej
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ubezpieczenie? Kaiser Permanente może pomóc. Jeśli nie masz ubezpieczenia zdrowotnego, chętnie doradzimy Ci w sprawie dostępnych opcji. Zaznacz to pole, jeśli chcesz, aby firma Kaiser Permanente skontaktowała się z Tobą w celu omówienia dostępnych opcji lub zadzwoń do nas pod numer **1-800-479-5764 (TTY 711)**, aby uzyskać wycenę.

Tak, proszę o kontakt

Niniejszym oświadczam, że wszystkie podane powyżej informacje są prawdziwe, dokładne i kompletne pod każdym względem. Przyjmuję również do wiadomości i potwierdzam, że ponoszę odpowiedzialność wobec spółki Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) za wszystkie kwoty należne spółce KFH/HP za towary i usługi medyczne, których nie obejmuje program („Pozostałe kwoty”).

Uwaga: W razie nieprzedstawienia potwierdzenia dochodów, spółka Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals wykorzysta informacje pochodzące od agencji zajmujących się sprawozdawczością kredytową konsumentów i inne zewnętrzne źródła informacji w celu określenia kwalifikowalności do federalnych, stanowych i prywatnych programów opieki medycznej, w tym programu MFA.

Przesyłając niniejszy wniosek, udzielam spółce KFH/HP zgody na zwórcenie się o informacje do agencji zajmujących się sprawozdawczością kredytową konsumentów i innych zewnętrznych źródeł informacji w celu zweryfikowania wszelkich informacji podanych w niniejszym wniosku, które zostaną uznane za niezbędne.

PODPIS	DATA
--------	------

Podejmiemy wszelkie uzasadnione starania, aby szybko rozpatrzyć wniosek, a po jego rozpatrzeniu prześlemy pismo zawierające decyzję.

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.