

## Programa Medical Financial Assistance (MFA)

Se precisar de ajuda para pagar serviços de cuidados de saúde ou receitas médicas que recebeu ou vai receber da Kaiser Permanente, o nosso programa Medical Financial Assistance (MFA) poderá ajudá-lo. Para se candidatar, basta preencher e enviar um formulário de candidatura, incluindo informações sobre o rendimento do seu agregado familiar.

### Como funciona o programa

- O programa oferece “compensações” temporárias para ajudar os candidatos elegíveis a pagar os cuidados de saúde com base nas suas necessidades financeiras.
- Está disponível para todos os doentes da Kaiser Permanente, quer sejam membros ou não.
- Caso seja atribuído, o programa cobrirá os cuidados emergentes/urgentes ou clinicamente necessários fornecidos por prestadores de serviços da Kaiser Permanente ou em instalações da Kaiser Permanente durante um período específico.
- A compensação não é aplicável a serviços de cuidados de saúde disponibilizados e cobrados fora das instalações da Kaiser Permanente.

### Condições de elegibilidade

Para ser elegível, deve cumprir UM dos seguintes conjuntos de critérios:

1. O seu rendimento bruto do agregado familiar (rendimento antes de impostos e deduções) é igual ou inferior a 300% do nível federal de pobreza.

OU

2. Os seus custos correntes relativos a cuidados de saúde de emergência ou clinicamente necessários, cuidados dentários e medicamentos durante um período de 12 meses são iguais ou superiores a 10% do seu rendimento bruto do agregado familiar.
  - Os custos correntes incluem copagamentos, cosseguros e pagamentos dedutíveis.
  - Os custos correntes não incluem pagamentos para o seu plano de saúde propriamente dito, como, por exemplo, o seu prémio mensal.

### Orientações Federais de Pobreza (FPG) de 2024

| Se a dimensão do seu agregado familiar for: | Compensação de 100% para o rendimento mensal bruto do agregado familiar igual ou inferior a 200% das FPG | Compensação de 50% para o rendimento mensal bruto do agregado familiar entre 201% e 300% das FPG |
|---|--|--|
| 1   | Até \$2,510  | \$2,511 a \$3,765  |
| 2   | Até \$3,407  | \$3,408 a \$5,110  |
| 3   | Até \$4,303  | \$4,304 a \$6,455  |
| 4   | Até \$5,200  | \$5,201 a \$7,800  |
| 5   | Até \$6,097  | \$6,098 a \$9,145  |
| 6   | Até \$6,993  | \$6,994 a \$10,490   |

Aceda a [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) para encontrar as orientações para agregados familiares maiores.

### Alguma dúvida?





Para obter mais informações sobre a elegibilidade para o programa MFA ou para consultar que serviços de cuidados de saúde são pagos pelo mesmo, aceda a [kp.org/mfa/mas](https://kp.org/mfa/mas), ligue para o número **1-844-412-0919** (TTY 711) ou leia o código ao lado.

Para obter mais informações sobre as opções de cobertura de cuidados de saúde, contacte-nos pelo número **1-800-479-5764** (TTY 711).



## Como se candidatar

Se preencher os requisitos de elegibilidade, pode candidatar-se de qualquer uma das formas seguintes.

|  |   |
|--|---|
|  Online             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha o formulário de candidatura ao MFA online em <a href="http://kp.org/mfa/mas">kp.org/mfa/mas</a>.</li><li>• Prepare-se para fornecer todas as informações indicadas no formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li></ul> |
|  Por fax            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha o formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li><li>• Envie o formulário totalmente preenchido para o número <b>1-855-414-1713</b>.</li></ul>   |
|  Por correio físico | <ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha o formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li><li>• Envie o formulário totalmente preenchido para a seguinte morada:<br/>Kaiser Permanente MFA Program<br/>2101 East Jefferson Street<br/>Rockville, MD 20852</li></ul> |
|  Pessoalmente     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Preencha o formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li><li>• Entregue o formulário totalmente preenchido nos Serviços de atendimento a Associados em qualquer centro médico da Kaiser Permanente.</li></ul>                      |

**Importante:** ao enviar a sua candidatura online, por correio ou fax, ou ao entregá-la pessoalmente, não se esqueça de preencher o formulário da forma mais completa possível. A falta de informações poderá atrasar o processamento do seu pedido e resultar na recusa de assistência.

## Precisa de ajuda?

Se tiver alguma dúvida ou precisar de ajuda com a sua candidatura, ligue para o número **1-844-412-0919 (TTY 711)**, de segunda a sexta-feira, das 9h30 às 15h30, EST. Também pode falar com um representante dos Serviços de atendimento a Associados em qualquer centro da Kaiser Permanente.

### Documentos comprovativos de rendimentos

A verificação dos rendimentos faz parte da determinação da elegibilidade para a assistência financeira médica. A inclusão de documentos comprovativos de rendimentos na candidatura preenchida ajudará a confirmar a exatidão dos seus rendimentos durante o processo de análise. A tabela seguinte indica os documentos facultativos a apresentar em função da(s) fonte(s) de rendimento do seu agregado familiar.

| <b>Fonte(s) de rendimento do agregado familiar</b>  | <b>Forneça apenas um dos seguintes dados por fonte de rendimento</b>   |
|---|--|
| Rendimento comercial/de rendas  | Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal  |
| Rendimentos salariais   | Recibos de vencimento recentes<br>Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal  |
| Rendimentos de pensões/reformas/anuidades   | Recibos de vencimento recentes<br>Declaração de pagamento de pensões/reformas<br>Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal |
| Rendimentos de trabalhadores independentes  | Recibos de vencimento recentes<br>Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal  |
| Rendimento da segurança social/suplementar de segurança                                       | Comprovativo do benefício emitido pela administração da segurança social<br>Declaração da segurança social   |
| Subsídio de desemprego/invalidez  | Comprovativo do subsídio de desemprego/invalidez<br>Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal                              |
| Pensão de veteranos   | Comprovativo da pensão de veteranos<br>Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal   |
| Apoio governamental (por exemplo, Medicaid, TANF, SNAP, WIC ou habitação de baixo rendimento) | Aprovação da carta de elegibilidade  |
| Rendimentos de juros ou dividendos  | Última declaração fiscal   |
| Pensões de alimentos recebidas  | Carta que comprove o rendimento bruto mensal recebido a título de pensão de alimentos  |
| Sem rendimentos no agregado familiar  | Declaração/explicação por escrito  |

### O que esperar depois da candidatura

Depois de analisarmos a sua candidatura, informá-lo-emos de um dos seguintes resultados no prazo de trinta (30) dias após a receção:

- Se a sua candidatura for aprovada, receberá uma carta a notificá-lo da sua compensação financeira.
- Se a sua candidatura estiver incompleta, receberá uma carta a explicar as informações necessárias para processar a sua candidatura. Pode enviar as informações solicitadas por correio ou entregá-las pessoalmente, podendo incluir-se um comprovativo de rendimentos ou cópias das suas despesas correntes.
- Se a sua candidatura for recusada, receberá uma carta a informá-lo do motivo da recusa e, nesse caso, poderá recorrer da nossa decisão.

## Candidatura ao programa Medical Financial Assistance (MFA)

### Secção 1: Informações do doente

|  |                                       |   |  |
|--|---------------------------------------|---|--|
| NOME   |                                       | NÚMERO DO REGISTO MÉDICO (OPCIONAL)   |  |
| DATA DE NASCIMENTO   | NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL (OPCIONAL) |   |  |
| <input type="checkbox"/> Não tenho número de segurança social                                  |                                       |   |  |
| MORADA   |                                       |   |  |
| CIDADE   | DISTRITO                              | CÓDIGO POSTAL   |  |
| O doente está atualmente desalojado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                                       | NÚMERO DE TELEFONE PRINCIPAL <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Telemóvel<br><input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro |  |

O doente está inscrito num programa de assistência estatal, como o Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), habitação de baixo rendimento ou Medicaid?  Sim  Não

### Secção 2: Informações sobre o agregado familiar

**Dimensão do agregado familiar:** número de membros do agregado familiar (incluindo o próprio) que vivem em sua casa. Poderão incluir-se um cônjuge ou parceiro doméstico, filhos, um cuidador não parental, um familiar, etc.

**Rendimento do agregado familiar (mensal):** rendimento bruto total (rendimento antes de impostos e deduções) de todos os membros do agregado familiar com mais de 18 anos de idade. Assinale TODOS os tipos de rendimento aplicáveis:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rendimento comercial/ de rendas            | <input type="checkbox"/> Rendimento da segurança social/ suplementar de segurança  |
| <input type="checkbox"/> Rendimentos salariais                      | <input type="checkbox"/> Subsídio de desemprego/invalidéz  |
| <input type="checkbox"/> Pensão de veteranos                        | <input type="checkbox"/> Pensões de alimentos recebidas  |
| <input type="checkbox"/> Rendimentos de juros ou dividendos         | <input type="checkbox"/> Rendimentos de pensões/reformas/ anuidades  |
| <input type="checkbox"/> Rendimentos de trabalhadores independentes | <input type="checkbox"/> Ninguém no meu agregado familiar está a receber ou teve quaisquer rendimentos nos últimos 2 meses |

Se o rendimento bruto anual de todos os membros do agregado familiar for zero, assinale a caixa correspondente acima e, em seguida, forneça uma explicação por escrito sobre a forma como os membros adultos da família do agregado familiar se sustentam a si próprios sem rendimentos, ou seja, alimentação, alojamento, serviços públicos e outras necessidades.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Custos de cuidados de saúde:** total de despesas correntes que teve durante um período de 12 meses para serviços de emergência ou clinicamente necessários fornecidos pela Kaiser Permanente ou por qualquer outro prestador de cuidados de saúde. Poderão estar incluídos copagamentos, depósitos, cosseguros ou pagamentos dedutíveis para serviços médicos, farmacêuticos ou dentários elegíveis.

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

---

---

**Indique todos os membros do seu agregado familiar que estão a candidatar-se ao programa Medical Financial Assistance.**

| <b>Nome</b> | <b>Data de nascimento</b> | <b>Parentesco</b> | <b>N.º do registo médico</b> |
|-------------|---------------------------|-------------------|------------------------------|
| _____       | _____                     | _____             | _____                        |
| _____       | _____                     | _____             | _____                        |
| _____       | _____                     | _____             | _____                        |
| _____       | _____                     | _____             | _____                        |
| _____       | _____                     | _____             | _____                        |

**Sem seguro? A Kaiser Permanente pode ajudar.** Se não tiver cobertura de cuidados de saúde, podemos ajudá-lo a conhecer as suas opções. Assinale esta caixa se pretender que a Kaiser Permanente o contacte para analisar as suas opções ou contacte-nos pelo número **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obter um orçamento.

Sim, contactem-me

---

Pelo presente, declaro que todas as informações que constam na presente candidatura são verdadeiras, exatas e completas em todos os aspetos. Também confirmo e concordo que sou responsável perante a Kaiser Foundation Health Plan e os Hospitais (KFH/HP) por todos os montantes devidos à Kaiser Foundation Health Plan e aos Hospitais relativamente a bens e serviços médicos que não são elegíveis de acordo com o programa (os “Montantes restantes”).

**Nota:** sempre que o comprovativo de rendimentos não for fornecido, a Kaiser Foundation Health Plan e os Hospitais utilizarão informações de agências de informação de crédito ao consumidor e outras fontes de informação de terceiros para determinar a elegibilidade para programas médicos federais, estatais e privados, incluindo o programa MFA.

Ao apresentar esta candidatura, autorizo a KFH/HP a solicitar informações a agências de informação de crédito ao consumidor e a outras fontes de informação de terceiros para confirmar quaisquer informações fornecidas nesta candidatura que sejam consideradas necessárias.

---

ASSINATURA

DATA

---

Serão envidados todos os esforços razoáveis para processar a sua candidatura o mais rapidamente possível, e, assim que a mesma for analisada, receberá uma carta a confirmar o 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.