

의료비 재정 지원(MFA) 프로그램

Kaiser Permanente에서 이미 받았거나 받을 예정인 의료 서비스 또는 처방약 비용 지불과 관련하여 도움이 필요한 경우, 당사의 의료비 재정 지원(MFA) 프로그램을 통해 도움을 받으실 수 있습니다. 신청하려면 가구 소득 정보를 포함하여 신청서를 작성하고 제출하시면 됩니다.

프로그램 운영 방식

- 이 프로그램은 재정적 필요에 근거하여 자격이 되는 신청자가 진료 비용을 지불할 수 있도록 임시 "지원금"을 제공합니다.
- 가입자 여부와 관계없이 모든 Kaiser Permanente 환자가 이용할 수 있습니다.
- 지원금 대상자가 되면, 이 프로그램을 통해 Kaiser Permanente 의료 제공자 또는 Kaiser Permanente 시설에서 특정 기간 동안 응급/긴급 또는 의학적으로 필요한 진료를 보장받을 수 있습니다.
- 이 지원금은 Kaiser Permanente 시설 외부에서 제공되고 청구된 의료 서비스에는 적용되지 않습니다.

자격 요건

자격이 되려면 다음 기준 중 하나를 충족해야 합니다.

1. 총 가구 소득(세금 및 공제 전 소득)이 연방 빈곤층 소득 수준의 400% 이하인 경우
또는
2. 12개월 동안 응급 또는 의학적으로 필요한 진료, 치과 진료 및 약물에 대한 본인 부담 의료 비용이 총 가구 소득의 10% 이상인 경우
 - 본인 부담 비용에는 코페이, 공동 보험료, 공제액이 포함됩니다.
 - 본인 부담 비용에는 월 보험료와 같이 건강 플랜 자체에 대한 지불금은 포함되지 않습니다.

2024년도 연방 빈곤층 소득 지침(Federal Poverty Guidelines, FPG)

가구/가족 인원수:	월간 총 가구 소득이 FPG의 200% 이하인 경우 100% 지원금	월간 총 가구 소득이 FPG의 201%에서 300% 사이인 경우 75% 지원금	월간 총 가구 소득이 FPG의 301%에서 350% 사이인 경우 50% 지원금	월간 총 가구 소득이 FPG의 351%에서 400% 사이인 경우 25% 지원금
1	\$2,510까지	\$2,511에서 \$3,765	\$3,766에서 \$4,393	\$4,394에서 \$5,020
2	\$3,407까지	\$3,408에서 \$5,110	\$5,111에서 \$5,962	\$5,963에서 \$6,813
3	\$4,303까지	\$4,304에서 \$6,455	\$6,456에서 \$7,531	\$7,532에서 \$8,607
4	\$5,200까지	\$5,201에서 \$7,800	\$7,801에서 \$9,100	\$9,101에서 \$10,400
5	\$6,097까지	\$6,098에서 \$9,145	\$9,146에서 \$10,669	\$10,670에서 \$12,193
6	\$6,993까지	\$6,994에서 \$10,490	\$10,491에서 \$12,238	\$12,239에서 \$13,987

가족 인원수가 더 많은 가구에 대한 정보는 aspe.hhs.gov/poverty에서 확인하십시오.

질문이 있으십니까?





MFA 프로그램 자격에 대한 자세한 내용이나 프로그램에서 어떤 의료 서비스에 대해 비용을 지불하는지 확인하려면 kp.org/mfa/nw에서 정보를 참조하시거나, **1-800-813-2000(TTY 711)**번으로 문의하시거나, 이 코드를 스캔하여 확인하십시오.

의료 보장 옵션에 대한 자세한 정보는 **1-800-479-5764(TTY 711)**번으로 문의하십시오.



신청 방법

자격 요건을 충족하는 경우 다음 방법 중 하나를 이용해서 신청할 수 있습니다.

 온라인	<ul style="list-style-type: none"> • kp.org/mfa/nw에서 온라인으로 MFA 신청서를 작성하십시오. • 다음 페이지의 MFA 신청서에 나와 있는 모든 정보를 제공할 수 있도록 준비하십시오.
 팩스	<ul style="list-style-type: none"> • 다음 페이지의 MFA 신청서를 작성하십시오. • 1-877-829-3547번으로 작성한 신청서를 팩스로 보내십시오.
 우편	<ul style="list-style-type: none"> • 다음 페이지의 MFA 신청서를 작성하십시오. • 작성한 신청서를 다음 주소로 우편으로 보내십시오. 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232
 직접 제출	<ul style="list-style-type: none"> • 다음 페이지의 MFA 신청서를 작성하십시오. • 작성한 신청서를 Kaiser Permanente 시설의 등록(체크인) 담당 직원에게 제출하십시오. MFA에 대한 질문은 503-813-2000번으로 가입자 서비스에 문의하십시오.

중요: 온라인, 우편, 팩스로 신청하거나 직접 방문하여 신청할 때 신청서를 최대한 자세히 작성해 주시기 바랍니다. 누락된 정보가 있으면 신청서 처리가 지연될 수 있으며 지원이 거부될 수도 있습니다.

도움이 필요하십니까?

질문이 있거나 신청과 관련하여 도움이 필요한 경우, 월요일에서 금요일, 오전 8시 30분부터 오후 5시(PST) 사이에 **1-800-813-2000(TTY 711)**번으로 문의해 주십시오. 또한 가입자 서비스 담당자와 Kaiser Permanente 어느 지점에서나 상담하실 수 있습니다.

소득 증명 서류

소득 확인은 의료비 재정 지원 자격을 결정하는 과정의 일부입니다. 작성한 신청서에 소득 증명 서류를 첨부하면 검토 과정에서 소득의 정확성을 확인하는 데 도움이 됩니다. 아래 표에는 가구 소득원에 따라 선택하여 제출할 수 있는 서류가 나와 있습니다.

가구 소득원	소득원당 다음 중 하나만 제공할 것
비즈니스/임대 소득	최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
고용 소득/임금	최근 급여 명세서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
수령한 연금/퇴직금/연금 소득	최근 급여 명세서 연금/퇴직금 지급 명세서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
자영업 소득	최근 급여 명세서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
사회보장/보조 연금 소득	사회보장국의 혜택 확인서 사회보장 명세서
실업 수당/장애인 소득	실업/장애인 수당 확인서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
재향군인 혜택 소득	VA 혜택 확인서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
정부 지원(예: Medicaid, TANF, SNAP, WIC 또는 저소득 주택 지원)	자격 승인서
이자 또는 배당금 소득	최근 세금 신고서
수령한 배우자 위자료/자녀 양육비	자녀 양육비 또는 위자료로 받은 월간 총 소득을 보여주는 서신
가구 소득 없음	서면 증명/설명

신청 후 예상되는 사항

당사에서 작성된 신청서를 검토한 다음, 접수 이후 30일 이내에 다음 결과 중 하나를 통보해 드립니다.

- 신청서가 승인되면 재정 지원금에 대한 서신을 받게 됩니다.
- 신청서가 완전하게 작성되지 않은 경우, 신청서 처리에 필요한 정보를 설명하는 서신을 받게 됩니다. 요청된 정보를 우편으로 보내거나 직접 제출할 수 있으며, 여기에는 소득 증명이나 본인 부담 비용 사본이 포함될 수 있습니다.
- 신청이 거부된 경우에는 거부 사유를 알리는 서신을 받게 되며, 이 경우 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

의료비 재정 지원(MFA) 프로그램 신청
섹션 1: 환자 정보

이름		의료 기록 번호(선택 사항)	
생년월일	사회보장번호(선택 사항) <input type="checkbox"/> 사회보장 번호가 없음		
우편 주소(거리)			
시	주	우편 번호	
환자는 현재 거주지가 없는 상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	주 전화번호	<input type="checkbox"/> 집	<input type="checkbox"/> 휴대폰
		<input type="checkbox"/> 직장	<input type="checkbox"/> 기타
환자가 보충 영양 지원 프로그램(SNAP), 빈곤층 가족을 위한 임시 지원(TANF), 여성, 유아 및 아동(WIC) 지원, 저소득 주택 지원, Medicaid와 같은 주 정부 기반 지원 프로그램에 등록되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			

섹션 2: 가구 정보

가구 인원수: 집에 거주하는 가구 구성원(귀하 포함)의 수. 배우자 또는 자격을 갖춘 동거 파트너, 자녀, 부모가 아닌 보호자, 친척 등이 포함될 수 있습니다.	_____
가구 소득(월 소득): 만 18세 이상의 모든 가구 구성원의 총 소득(세금 및 공제 전 소득). 해당되는 소득 유형을 모두 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 비즈니스/임대 소득 <input type="checkbox"/> 사회보장/보조 연금 소득 <input type="checkbox"/> 고용 소득/임금 <input type="checkbox"/> 실업 수당/장애인 소득 <input type="checkbox"/> 재향군인 혜택 소득 <input type="checkbox"/> 수령한 배우자 위자료/자녀 양육비 <input type="checkbox"/> 이자 또는 배당금 소득 <input type="checkbox"/> 수령한 연금/퇴직금/연금 소득 <input type="checkbox"/> 자영업 소득 <input type="checkbox"/> 가구 구성원 중 지난 2개월 동안 소득이 있거나 소득이 있었던 사람이 없음	
가구 구성원 모두의 총 연간 소득이 0인 경우, 위와 아래의 확인란에 선택 표시하고 가구 내 성인 가족 구성원이 소득 없이 어떻게 자신을 부양하는지(예: 음식, 보호소, 공과금 및 기타 필수품)에 대해 서면으로 설명하십시오.	

_____	\$ _____
의료 비용: Kaiser Permanente 또는 기타 의료 서비스 제공자가 제공한 응급 또는 의학적으로 필요한 서비스에 대해 12개월 동안 지출한 예상 본인 부담 비용. 적절한 의료, 약국 또는 치과 서비스에 대한 코페이, 보증금, 공동 보험료 또는 공제액이 포함될 수 있습니다.	\$ _____

의료비 재정 지원을 신청하는 가구 구성원을 모두 기재해 주십시오.

이름	생년월일	관계	의료 기록 번호

보험이 없는 상태입니까? Kaiser Permanente가 도와드릴 수 있습니다. 의료 보장이 없는 경우, 선택할 수 있는 옵션에 대한 이해를 도와드릴 수 있습니다. 옵션에 대해 논의하기 위해 Kaiser Permanente에서 연락하기를 원하는 경우에는 이 확인란을 선택 표시하십시오. **1-800-479-5764(TTY 711)**번으로 전화하여 견적을 받으실 수도 있습니다.

예, 저에게 연락하세요.

본인은 본 신청서에 명시된 모든 정보가 모든 측면에서 사실이고, 정확하며, 완전한 것임을 선언합니다. 또한 본인은 이 프로그램에서 적격하지 않은 의료 상품 및 서비스에 대해 Kaiser Foundation Health Plan 및 병원 (KFH/HP)에 지불해야 하는 모든 금액("잔여 금액")의 경우 본인이 Kaiser Foundation Health Plan 및 병원에 지불할 책임이 있음을 인정하고 이에 동의합니다.

참고: 소득 증명을 제공하지 않는 경우, Kaiser Foundation Health Plan 및 병원은 소비자 신용 보고 기관 및 기타 제3자 정보 출처의 정보를 사용하여 MFA 프로그램을 포함한 연방 정부, 주 정부 및 민간 의료 프로그램에 대한 적격성을 결정합니다.

이 신청서를 제출함으로써, 본인은 이 신청서에 제공된 정보 중 반드시 필요한 것으로 간주되는 정보의 확인을 위해 소비자 신용 보고 기관 및 기타 제3자 정보 출처로부터 정보를 요청할 수 있는 권한을 KFH/HP에 부여합니다.

서명	날짜
----	----

당사는 신청서를 신속하게 처리하기 위해 합당한 모든 노력을 기울일 것이며, 신청서 검토를 마치면 귀하는 결과를 확인하는 서신을 받게 됩니다.

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.