

## Программа финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания (Medical Financial Assistance, MFA)

Если вам требуется помощь в оплате медицинских услуг или отпускаемых по рецепту лекарств, которые вы уже получили или планируете получить от Kaiser Permanente, она может быть предоставлена в рамках нашей программы финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания (MFA). Чтобы подать заявку, заполните и отправьте соответствующую форму, указав в ней сведения о доходе домохозяйства.

### Как работает программа

- Эта программа предусматривает предоставление временных пособий для покрытия затрат заявителей, соответствующих ее критериям, на медицинское обслуживание в зависимости от их финансовых потребностей.
- Она доступна для всех пациентов Kaiser Permanente, в том числе тех, кто не является участником планов медицинского страхования.
- В случае предоставления пособия программа будет покрывать экстренное/неотложное или необходимое по медицинским показаниям обслуживание у поставщиков услуг Kaiser Permanente или в учреждениях Kaiser Permanente в течение указанного времени.
- Это пособие не распространяется на медицинские услуги, предоставляемые не учреждениями Kaiser Permanente, и счета на оплату, выставленные ими.

### Условия включения в программу

**Чтобы получить право на участие в программе, вы должны соответствовать ОДНОМУ из приведенных ниже наборов критериев:**

1. **Ваш совокупный доход домохозяйства** (до уплаты налогов и прочих вычетов) не превышает 400 % федерального прожиточного минимума.

### ИЛИ

2. Ваши собственные расходы на экстренное или необходимое по медицинским показаниям обслуживание, стоматологическую помощь и медикаментозное лечение за 12-месячный период составили 10 и более процентов совокупного дохода вашего домохозяйства.
  - К собственным расходам относятся доплаты пациентов, их доля в оплате и безусловные франшизы.
  - Не считаются собственными расходами любые платежи за сам план медицинского страхования, например ежемесячные страховые взносы.

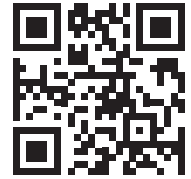
### Федеральный прожиточный минимум (Federal Poverty Guidelines, FPG) на 2024 г.

Количество членов домохозяйства/семьи:	Пособие в размере 100 % — если совокупный ежемесячный доход домохозяйства не превышает 200 % FPG	Пособие в размере 75 % — если совокупный ежемесячный доход домохозяйства составляет от 201 % до 300 % FPG	Пособие в размере 50 % — если совокупный ежемесячный доход домохозяйства составляет от 301 % до 350 % FPG	Пособие в размере 25 % — если совокупный ежемесячный доход домохозяйства составляет от 351 % до 400 % FPG
1	До \$2,510	От \$2,511 до \$3,765	От \$3,766 до \$4,393	От \$4,394 до \$5,020
2	До \$3,407	От \$3,408 до \$5,110	От \$5,111 до \$5,962	От \$5,963 до \$6,813
3	До \$4,303	От \$4,304 до \$6,455	От \$6,456 до \$7,531	От \$7,532 до \$8,607
4	До \$5,200	От \$5,201 до \$7,800	От \$7,801 до \$9,100	От \$9,101 до \$10,400
5	До \$6,097	От \$6,098 до \$9,145	От \$9,146 до \$10,669	От \$10,670 до \$12,193
6	До \$6,993	От \$6,994 до \$10,490	От \$10,491 до \$12,238	От \$12,239 до \$13,987

Суммы для домохозяйств с большим количеством членов см. на странице [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty).

### У вас есть вопросы?





Чтобы получить более подробную информацию об условиях программы MFA или узнать, на какие медицинские услуги она распространяется, перейдите на страницу [kp.org/mfa/nw](http://kp.org/mfa/nw) (на английском языке), позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711) или отсканируйте этот код.



Чтобы узнать больше о вариантах покрытия медицинского обслуживания, позвоните нам по телефону **1-800-479-5764** (TTY: 711).

### Как подать заявку

Если вы соответствуете требованиям программы, можете подать заявку любым из описанных ниже способов.

 <p>Через Интернет</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заполните заявку на участие в программе MFA онлайн на странице <a href="http://kp.org/mfa/nw">kp.org/mfa/nw</a>.</li> <li>Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в форме заявки на участие в программе MFA на следующей странице.</li> </ul>
 <p>По факсу</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заполните заявку на участие в программе MFA на следующей странице.</li> <li>Отправьте заполненную заявку по факсу на номер <b>1-877-829-3547</b>.</li> </ul>
 <p>По почте</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заполните заявку на участие в программе MFA на следующей странице.</li> <li>Отправьте заполненную заявку почтой по адресу: 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232</li> </ul>
 <p>Лично</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заполните заявку на участие в программе MFA на следующей странице.</li> <li>Отдайте заполненную заявку сотруднику регистратуры в любом учреждении Kaiser Permanente. Если у вас есть вопросы о MFA, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру <b>503-813-2000</b>.</li> </ul>

**Важно!** Каким бы способом вы ни подавали заявку — через Интернет, по почте, факсом или лично, предоставляйте как можно больше информации. Отсутствие каких-либо данных в заявке может замедлить ее рассмотрение и стать основанием для отказа в предоставлении финансовой помощи.

### Нужна помощь?

Если у вас возникли вопросы или вам требуется помощь в подаче заявки, обращайтесь по телефону **1-800-813-2000** (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00 по тихоокеанскому стандартному времени (Pacific Standard Time, PST). Кроме того, вы можете пообщаться с представителем отдела обслуживания участников в любом учреждении Kaiser Permanente.

### Документация для подтверждения доходов

Подтверждение доходов — необходимый этап для определения вашего права на финансовую помощь для оплаты медицинского обслуживания. Если к заполненной заявке прилагаются документы, подтверждающие доходы, в процессе ее рассмотрения легче проверить точность сведений о доходах. В таблице ниже указано, какие документы необходимо дополнительно предоставить в зависимости от источников доходов вашего домохозяйства.

<b>Источники доходов домохозяйства</b>	<b>Для каждого источника дохода предоставьте только один из предлагаемых вариантов подтверждения</b>
Доход от предпринимательской деятельности / аренды	Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Доход от трудовой деятельности / заработная плата	Последние расчетные листы Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Пенсионный доход / выходное пособие / ежегодные выплаты, установленные договором	Последние расчетные листы Справка о размере пенсии / выходного пособия, прочих выплат Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Доход самозанятого лица	Последние расчетные листы Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Социальные выплаты / дополнительный гарантированный доход	Справка о назначении пособия, выданная управлением социального обеспечения Справка, выданная органом социального обеспечения
Пособие по безработице/инвалидности	Справка о назначении пособия по безработице/инвалидности Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Пособие для ветеранов	Справка о назначении пособия от Министерства по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs, VA) Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация

Источники доходов домохозяйства	Для каждого источника дохода предоставьте только один из предлагаемых вариантов подтверждения
Государственная помощь (например, по программам Medicaid, оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), обеспечения дополнительного питания для женщин и детей грудного и старшего возраста (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) или предоставления социального жилья)	Справка, подтверждающая право на участие в соответствующей программе
Доход в виде процентов или дивидендов	Последняя налоговая декларация
Выплаты на содержание ребенка / алименты, выплачиваемые супругу(-е)	Справка о совокупном месячном доходе, полученном для содержания ребенка, или о размере алиментов
Отсутствие доходов у домохозяйства	Письменное подтверждение/разъяснение

### Чего ожидать после подачи заявки

В течение тридцати (30) дней с момента получения заполненной вами заявки мы проинформируем вас о результатах ее рассмотрения:

- Если заявка одобрена, вы получите письменное уведомление о предоставлении денежного пособия.
- Если заявка не содержит всей необходимой информации, вы получите письмо, в котором будет указано, какая информация требуется для обработки вашей заявки. Запрашиваемую информацию, например подтверждение доходов или копии документов о ваших собственных расходах, можно отправить по почте или предоставить лично.
- Если заявка отклонена, вы получите письмо с указанием причин отказа. В этом случае у вас есть право подать апелляцию на наше решение.

## Заявка на участие в программе финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания (Medical Financial Assistance, MFA)

### Раздел 1. Сведения о пациенте

ИМЯ И ФАМИЛИЯ		НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО) <input type="checkbox"/> У меня нет номера социального страхования		
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (УЛИЦА, НОМЕР ДОМА)			
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	

Пациент в настоящее время является бездомным?  Да  Нет

ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА  Домашний  Мобильный  
 Рабочий  Другой

Пациент зарегистрирован в программах помощи, предоставляемых штатом, например в программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), программе обеспечения дополнительного питания для женщин и детей грудного и старшего возраста (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC), программах предоставления социального жилья или Medicaid?  Да  Нет

### Раздел 2. Сведения о домохозяйстве

**Количество членов домохозяйства.** Количество членов домохозяйства (включая вас), которые живут в вашем доме. Учитывайте супруга(-у) или сожителя (сожительницу) согласно критериям, детей, опекунов не из числа родителей, родственников и т. д.

**Доход домохозяйства (ежемесячный). Сумма совокупного дохода** (до уплаты налогов и прочих вычетов) **всех членов домохозяйства** старше 18 лет. Отметьте ВСЕ подходящие типы доходов:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Доход от предпринимательской деятельности / аренды | <input type="checkbox"/> Социальные выплаты / дополнительный гарантированный доход                                |
| <input type="checkbox"/> Доход от трудовой деятельности / заработная плата  | <input type="checkbox"/> Пособие по безработице/инвалидности  |
| <input type="checkbox"/> Пособие для ветеранов                              | <input type="checkbox"/> Выплаты на содержание ребенка / алименты, выплачиваемые супругу(-е)                      |
| <input type="checkbox"/> Доход в виде процентов или дивидендов              | <input type="checkbox"/> Пенсионный доход / выходное пособие / ежегодные выплаты, установленные договором         |
| <input type="checkbox"/> Доход самозанятого лица                            | <input type="checkbox"/> В моем домохозяйстве никто не имеет заработка или не получал доход за последние 2 месяца |

Если совокупный годовой доход всех членов домохозяйства равен нулю, подтвердите это, отметив соответствующее поле выше, и ниже письменно поясните, как взрослые члены домохозяйства обеспечивают свои потребности, например в еде, жилье, коммунальных услугах, и прочие нужды, не имея дохода.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Расходы на медицинское обслуживание.** Приблизительная сумма собственных расходов за 12 месяцев на экстренную помощь или необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставленные Kaiser Permanente или любым другим поставщиком медицинских услуг. Расходы могут включать доплаты, залоги, доли в оплате или безусловные франшизы относительно соответствующих требованиям услуг медицинского, стоматологического и фармацевтического профиля.

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

Перечислите всех членов домохозяйства, которое подает заявку на получение финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания.

Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства / характер отношений	№ медицинской карты
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**У вас нет страховки? Kaiser Permanente к вашим услугам.** Если у вас нет медицинского страхового покрытия, мы можем помочь вам изучить доступные варианты. Отметьте этот пункт, если вы хотите, чтобы представитель Kaiser Permanente связался с вами и обсудил доступные варианты. Или же вы можете позвонить нам по номеру **1-800-479-5764** (TTY: **711**) и получить предложение.

Да, свяжитесь со мной

Настоящим заявляю, что вся изложенная выше информация в данной заявке является во всех отношениях верной, точной и полной. Кроме того, я подтверждаю и признаю свои обязательства перед Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) за все суммы, причитающиеся Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals за медицинские изделия и услуги, на которые не распространяется данная программа («Остаточные суммы»).

**Примечание.** В случае непредоставления документов, подтверждающих доход, чтобы определить соответствие критериям федеральных программ, программ штата, а также частных медицинских программ, в том числе программы MFA, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals будет использовать информацию агентств, занимающихся сбором данных о потребительском кредитовании, и другие сторонние источники информации.

подавая эту заявку, я разрешаю KFH/HP обращаться за информацией в агентства, занимающиеся сбором данных о потребительском кредитовании, и к другим сторонним источникам информации для проверки сведений, содержащихся в этой заявке, если это будет необходимо.

подпись

ДАТА

Мы приложим все обоснованные усилия для своевременной обработки вашей заявки, и после ее рассмотрения вы получите письмо с информацией о результатах.

# 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.