

Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας της Kaiser Permanente (MFA)

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

Chinese: 這是來自Kaiser Permanente的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電**1-800-757-7585**尋求語言協助。我們每週7天，每天24小時皆提供協助（節假日休息）。

Spanish: La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας της Kaiser Permanente (MFA)

Εάν χρειάζεστε βοήθεια για την πληρωμή ιατρικών υπηρεσιών ή συνταγών που λάβατε ή που πρόκειται να λάβετε από την Kaiser Permanente, το Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας (Medical Financial Assistance, MFA) που προσφέρουμε ίσως να μπορεί να σας βοηθήσει.

Πώς λειτουργεί το πρόγραμμα

- Το πρόγραμμα προσφέρει προσωρινές "αμοιβές" για να βοηθήσει εγκεκριμένους αιτούντες να πληρώσουν για ιατρική φροντίδα βασισμένη στις οικονομικές τους ανάγκες.
- Διατίθεται σε όλους τους ασθενείς της Kaiser Permanente, είτε είστε μέλος είτε όχι.
- Εάν εγκριθεί, το πρόγραμμα θα καλύψει έκτακτα περιστατικά ή απαραίτητη ιατρική βοήθεια από προσωπικό της Kaiser Permanente ή σε κλινικές της Kaiser Permanente για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Πώς παίρνετε έγκριση

Θα πρέπει να πληροίτε κάποια από τις ακόλουθες προϋποθέσεις επιλογής:*

1. Το ακαθάριστο οικογενειακό σας εισόδημα δεν υπερβαίνει το 350% του ομοσπονδιακού ορίου φτώχειας.

***Σημείωση:** Εάν το ακαθάριστο οικογενειακό σας εισόδημα υπερβαίνει το 350% του ομοσπονδιακού ορίου φτώχειας ή/και είστε μέλος της Kaiser Permanente με εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην Καλιφόρνια, θα πρέπει να πληροίτε το ακόλουθο κριτήριο.

2. Οι προσωπικές σας ιατρικές δαπάνες για έκτακτα περιστατικά ή για απαραίτητη ιατρική φροντίδα, οδοντίατρο και φάρμακα σε μια περίοδο 12 μηνών ισούνται με ή υπερβαίνουν το 10% του ακαθάριστου οικογενειακού σας εισοδήματος.
 - ο Οι προσωπικές σας ιατρικές δαπάνες συμπεριλαμβάνουν πληρωμές συμμετοχής, συνασφάλιση και εκπαιδόμενα ποσά.
 - ο Οι προσωπικές δαπάνες δεν περιλαμβάνουν πληρωμές για το ίδιο το πρόγραμμα περίθαλψής σας, όπως π.χ. οι μηνιαίες καταβολές ασφαλιστών.

Οδηγίες σχετικά με το 350% του ομοσπονδιακού ορίου φτώχειας

Εάν το μέγεθος της οικογένειάς σας είναι:	Το οικογενειακό σας εισόδημα δεν πρέπει να υπερβαίνει:	
	Μηνιαίως:	Ετησίως:
1	\$3,722	\$44,660
2	\$5,028	\$60,340
3	\$6,335	\$76,020
4	\$7,642	\$91,700
5	\$8,948	\$107,380
6	\$10,255	\$123,060

Νεπισκεφθείτε το [aspe.hhs.gov/poverty](https://www.aspe.hhs.gov/poverty) για να βρείτε τις οδηγίες που αφορούν μεγαλύτερες οικογένειες

Έχετε ερωτήσεις;





Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη δυνατότητα επιλογής σας από το Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας (MFA) ή για να δείτε ποιες ιατρικές υπηρεσίες καλύπτει, επισκεφθείτε το www.kp.org/mfa/ncal.

Εάν δεν έχετε ιατρική ασφάλεια ενδέχεται να σας ζητηθεί να κάνετε αίτηση για αυτή.

- Επειδή το Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας (MFA) καλύπτει μόνο προσωρινά τις ιατρικές αμοιβές, ενδέχεται να σας ζητηθεί να κάνετε αίτηση για μακροπρόθεσμη κάλυψή σας. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει οποιοδήποτε δημόσιο ή ιδιωτικό πρόγραμμα υγείας στο οποίο μπορείτε να γίνετε δεκτοί — όπως το Medi-Cal ή επιχορηγούμενα προγράμματα που διατίθενται στην αγορά των ασφαλιστικών εταιρειών.
- Μπορεί να σας ζητηθεί να αποδείξετε ότι κάνατε αίτηση για τέτοια προγράμματα ή ότι έχετε εγκριθεί ή απορριφθεί από αυτά. Αλλά μπορεί και πάλι να είστε σε θέση να λάβετε οικονομική βοήθεια από το Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας (MFA) ενώ περιμένετε την απόφαση κάποιου άλλου από αυτά τα προγράμματα.
- Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την επιλεξιμότητά σας για άλλες ιατρικές καλύψεις, δείτε τον ιστότοπο healthcare.gov ή καλέστε το **1-800-318-2596**.

Πώς να υποβάλετε μια αίτηση

Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις επιλογής, μπορείτε να υποβάλετε αίτηση με οποιονδήποτε από τους εξής τρόπους.

 Ταχυδρομήστε την	<ul style="list-style-type: none">• Συμπληρώστε την αίτηση Ιατρικής Οικονομικής Βοήθειας (MFA) στην επόμενη σελίδα.• Ταχυδρομήστε τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
 Στείλτε την με FAX	<ul style="list-style-type: none">• Συμπληρώστε την αίτηση Ιατρικής Οικονομικής Βοήθειας (MFA) στην επόμενη σελίδα.• Στείλτε με FAX την συμπληρωμένη αίτηση στο 1-800-687-9901.
 Προσκομίστε την αίτηση σε μας	<ul style="list-style-type: none">• Συμπληρώστε την αίτηση Ιατρικής Οικονομικής Βοήθειας (MFA) στην επόμενη σελίδα.• Παραδώστε τη συμπληρωμένη αίτηση στο Τμήμα Οικονομικών Συναλλαγών (Patient Financial Operations) οποιασδήποτε κλινικής της Kaiser Permanente.
 Καλέστε μας	<ul style="list-style-type: none">• Καλέστε μας στο 1-800-390-3507 (TTY 711), Δευτέρα έως Παρασκευή, από τις 8:00 π.μ. έως 5:00 μ.μ. ώρα Δυτικής Ακτής των ΗΠΑ• Να είστε προετοιμασμένοι ώστε να παράσχετε όλες τις πληροφορίες που αναφέρονται στην αίτηση του Προγράμματος Ιατρικής Οικονομικής Βοήθειας (MFA) στην επόμενη σελίδα.

Σημαντικό: Όταν υποβάλετε αίτηση ταχυδρομικώς ή με FAX ή την παραδίδετε αυτοπροσώπως, παρακαλούμε να είστε σίγουροι ότι συμπληρώσατε την αίτηση στο μέγιστο δυνατό. Κάθε παράλειψη ενδέχεται να καθυστερήσει την διαδικασία αίτησης.

Τι θα συμβεί μετά την υποβολή της αίτησης

Αφού ελέγξουμε την συμπληρωμένη αίτησή σας, θα σας ενημερώσουμε σχετικά με τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Η αίτησή σας εγκρίθηκε και θα λάβετε οικονομική βοήθεια.
- Για την συμπλήρωση της αίτησής σας χρειαζόμαστε συμπληρωματικές πληροφορίες ή έγγραφα τα οποία μπορείτε να μας ταχυδρομήσετε ή να φέρετε αυτοπροσώπως. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν βεβαίωση εισοδήματος ή αντίγραφα των προσωπικών σας δαπανών.
- Η αίτησή σας απορρίφθηκε και για ποιους λόγους απορρίφθηκε, στην οποία περίπτωση μπορείτε να κάνετε ένσταση κατά της απόφασης.

Χρειάζεστε βοήθεια;

Εάν έχετε απορίες ή χρειάζεστε βοήθεια με την αίτησή σας, παρακαλούμε καλέστε το **1-800-390-3507 (TTY 711)**, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8:00 π.μ. έως 5:00 μ.μ. ώρα Δυτικής Ακτής των ΗΠΑ. Μπορείτε επίσης να μιλήσετε με ένα οικονομικό σύμβουλο σε οποιαδήποτε εγκατάσταση της Kaiser Permanente.

Αίτηση για το Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας (MFA)

Όνομα: _____ Ιατρικός Φάκελος #: _____

Ημερομηνία γέννησης: ____/____/____ Επικοινωνία #: (____) _____ ΑΜΚΑ: _____ - _____ - _____

Διεύθυνση: _____

Πόλη: _____ Πολιτεία/Κράτος: _____ Τ.Κ.: _____

Μέγεθος οικογένειας: Αριθμός μελών της οικογένειας που διαμένουν στο σπίτι σας (συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας). Μπορεί να περιλαμβάνονται σύζυγος ή αναγνωρισμένος σύντροφος που συζεί με σας, τέκνα, συγγενής που βοηθά, κλπ

Οικογενειακό εισόδημα (μηνιαίως): Συνολικό ακαθάριστο εισόδημα όλων των μελών της οικογένειας. Ελέγξτε ΟΛΑ τα είδη εισοδημάτων που ταιριάζουν:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Επαγγελματικό Εισόδημα/ημερομίσθια | <input type="checkbox"/> Σύμβαση ή συνταξιοδότηση/
Ετήσιοι πρόσοδοι |
| <input type="checkbox"/> Επιχειρηματικό εισόδημα/
Ενοικιαζόμενα ακίνητα | <input type="checkbox"/> Κοινωνική Πρόνοια/Συμπληρωματικό
εισόδημα από κοινωνική Πρόνοια/
Επιδόματα βετεράνων ενόπλων δυνάμεων |
| <input type="checkbox"/> Επιδόματα ανεργίας/Επίδομα αναπηρίας | |
| <input type="checkbox"/> Διατροφή/Συντήρηση τέκνων | |

\$ _____

Δαπάνες ιατρικής περίθαλψης: Σύνολο των προσωπικών σας δαπανών για μια περίοδο 12 μηνών για έκτακτα περιστατικά ή απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες παρασχεθείσες από την Kaiser Permanente ή άλλο οργανισμό υγείας. Μπορούν να περιληφθούν πληρωμές συμμετοχής, προκαταβολές, πληρωμές συνασφάλισης ή εκπιπτόμενων ποσών για επιλέξιμες ιατρικές, φαρμακευτικές ή οδοντιατρικές υπηρεσίες.

\$ _____

Παρακαλούμε να αναφέρετε όλα τα μέλη της οικογένειας που υποβάλουν αίτηση για το πρόγραμμα.

Όνομα-	Ημερομηνία γέννησης	Συγγένεια	Ιατρικός φάκελος #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Μη ασφαλισμένος/η; Η Kaiser Permanente μπορεί να βοηθήσει. Εάν δεν έχετε ασφαλιστική κάλυψη, μπορούμε να σας εξηγήσουμε τις επιλογές σας. Σημειώστε αυτό το τετράγωνο εάν θέλετε να επικοινωνήσετε μαζί σας η Kaiser Permanente για να συζητήσετε τις επιλογές σας.

Ναι, επικοινωνήστε μαζί μου

Διά του παρόντος δηλώνω εν γνώσει των συνεπειών του νόμου για την περίπτωση ψευδομαρτυρίας ότι κάθε στοιχείο της παραπάνω αίτησης είναι αληθές και ακριβές από κάθε άποψη. Αναγνωρίζω επίσης και αποδέχομαι ότι είμαι υπόλογος απέναντι στο Πρόγραμμα Υγείας του Ιδρύματος και των Νοσοκομείων της Kaiser (Kaiser Foundation Health Plan και Kaiser Foundation Hospitals) για κάθε χρηματικό ποσό οφειλόμενο στο Πρόγραμμα Υγείας του Ιδρύματος και των Νοσοκομείων Kaiser (Kaiser Foundation Health Plan και Kaiser Foundation Hospitals) για ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά τα οποία δεν περιλαμβάνονται στο παρόν πρόγραμμα (Υπολειπόμενα ποσά).

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Σημείωση: Το Πρόγραμμα Υγείας του Ιδρύματος και των νοσοκομείων της Kaiser (Kaiser Foundation Health Plan και Kaiser Foundation Hospitals) επιφυλάσσει του δικαιώματος για τη χρήση πληροφοριών από τα πρακτορεία αναφοράς πιστοληπτικής φερεγγυότητας καθώς και από άλλες πηγές πληροφοριών για να καθορίσει την επιλεξιμότητα για τη συμμετοχή σε ομοσπονδιακά, κρατικά και ιδιωτικά ιατρικά προγράμματα, συμπεριλαμβανομένου του Προγράμματος Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας (MFA).