

## Программа финансового содействия в покрытии стоимости медицинских услуг 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.

# Программа финансового содействия в покрытии стоимости медицинских услуг Kaiser Permanente (MFA)

Если Вам необходима помощь в оплате полученных либо назначенных Вам медицинских услуг или рецептурных препаратов в учреждении Kaiser Permanente, наша Программа финансового содействия в покрытии стоимости медицинских услуг (Medical Financial Assistance, MFA) может Вам помочь.

## Как работает данная программа

- Программа предлагает временные «премии» подходящим по критериям претендентам в целях содействия в оплате услуг здравоохранения. Выплаты рассчитываются в соответствии с финансовыми нуждами участников.
- Содействие предлагается всем пациентам Kaiser Permanente, независимо от наличия у них страхования в Kaiser Permanente.
- Если Ваше участие в программе будет одобрено, в течение определенного периода времени расходы на скорую и необходимую по медицинским показателям помощь, оказанную поставщиками услуг Kaiser Permanente или в учреждениях Kaiser Permanente, будут оплачиваться.

## Критерии на участие в программе

**Вы должны соответствовать одному из следующих критериев:\***

1. Валовой доход Вашей семьи должен быть ниже 350% от федерального прожиточного минимума.

**\*Примечание:** если валовой доход Вашей семьи составляет более 350% от федерального прожиточного минимума, и/или Вы являетесь участником плана страхования от Kaiser Permanente в Калифорнии с вычитаемой франшизой, Вы должны соответствовать критерию, указанному ниже.

2. Медицинские расходы из собственных средств на скорую или необходимую по медицинским показателям помощь, стоматологические услуги и лекарственные препараты за 12-месячный срок составляют 10% или более от валового дохода семьи.
  - Франшиза, со-страхование и неоплачиваемый минимум входят в число медицинских расходов из собственных средств.
  - Стоимость самого страхования, например, ежемесячных страховых взносов, не входит в число медицинских расходов из собственных средств.

### Правила в отношении 350% от федерального прожиточного минимума

Количество членов семьи:	Совокупный доход семьи не должен превышать:	
	Ежемесячно	Ежегодно
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

Посетите страницу [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty), чтобы получить информацию о правилах в отношении семей, насчитывающих большее количество человек.

## У вас возникли вопросы?





Для получения более подробной информации о критериях программы MFA и списка оплачиваемых услуг здравоохранения посетите страницу [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal).

**Если у Вас нет страхового полиса, Вам может потребоваться подать заявление на вступление в страховой план.**

- Так как программа MFA предоставляет только кратковременную финансовую помощь, мы можем потребовать, чтобы Вы подали документы на получение страхования на длительный срок. В число частных и государственных планов, на которые Вы можете иметь право, входят программа Medi-Cal и субсидируемые рыночные планы здравоохранения.
- Мы можем попросить Вас предоставить доказательства того, что Вы подали заявку на участие в этих программах, или что Вы получили согласие или отказ. Вы можете иметь право на финансовую помощь по программе MFA, пока Вы ожидаете ответа от одной из других программ.
- Чтобы получить более подробную информацию о существующих планах здравоохранения, на которые Вы можете претендовать, посетите страницу [healthcare.gov](http://healthcare.gov) или позвоните по телефону **1-800-318-2596**.

## Как подать заявление

Если Вы соответствуете критериям, Вы можете подать заявление одним из следующих образов.

 <b>Отправьте заявление по почте</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.</li><li>• Отправьте заявление по почте: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li></ul>
 <b>Отправьте заявление по факсу</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.</li><li>• Отправьте заполненное заявление по факсу: <b>1-800-687-9901</b>.</li></ul>
 <b>Принесите заявление лично</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.</li><li>• Принесите заполненное заявление в Финансово-операционный отдел для пациентов при любом учреждении Kaiser Permanente.</li></ul>
 <b>Позвоните нам</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Позвоните по телефону <b>1-800-390-3507</b> (линия ТТУ: <b>711</b>) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по Тихоокеанскому времени.</li><li>• Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в заявлении MFA на следующей странице.</li></ul>

**Важное примечание:** если Вы подаете заявление по почте, факсу или хотите принести его лично, удостоверьтесь, что Вы заполнили его как можно исчерпывающе. Любая отсутствующая информация может задержать процесс обработки Вашего заявления.

## Чего следует ожидать после подачи заявления

После того, как мы рассмотрим Ваше заявление, Вы получите извещение об одном из следующих решений:

- Ваше заявление было одобрено, и Вы получите финансовую помощь.
- Чтобы завершить процесс рассмотрения Вашего заявления, нам требуется дополнительная информация или документы, которые Вы можете отправить нам по почте или принести лично. В число требуемых документов может входить подтверждение о Ваших доходах или копии документов, свидетельствующих о Ваших медицинских расходах из собственных средств.
- Ваше заявление было отклонено. Вас поставят в известность о причинах отказа, и Вы сможете подать апелляцию, чтобы оспорить наше решение.

## Нужна помощь?

Если у Вас есть какие-либо вопросы, или Вам необходима помощь в подаче заявления, звоните по тел. **1-800-390-3507** (линия ТТУ: **711**) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по Тихоокеанскому времени. Вы также можете обратиться к финансовому консультанту в любом учреждении Kaiser Permanente.

## Бланк заявления на участие в программе финансового содействия в покрытии стоимости медицинских услуг Kaiser Permanente (MFA)

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Контактный номер телефона: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Номер социального страхования: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

**Количество человек в семье:** количество всех проживающих в доме человек (включая Вас). В это число могут быть включены супруг(а), гражданский партнер, отвечающий критериям, дети, родственник-опекун, и т.д.

**Семейный доход (ежемесячно):** валовой доход всех членов семьи. Отметьте ВСЕ источники дохода:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Доход с места работы / заработная плата          | <input type="checkbox"/> Алименты от супруга / пособие на детей   |
| <input type="checkbox"/> Доход от бизнеса / доход от аренды недвижимости  | <input type="checkbox"/> Пособие или пенсия / ежегодное пособие   |
| <input type="checkbox"/> Пособие по безработице / пособие по инвалидности | <input type="checkbox"/> Пособие по социальному страхованию / дополнительный доход по соц. обеспечению / пособие ветерану |

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

**Медицинские расходы:** все расходы из собственных средств за 12 месяцев на скорую и необходимую по медицинским показателям помощь, оказанную поставщиками услуг Kaiser Permanente или в любыми другими поставщиками услуг. Сюда могут входить расходы на оплату франшизы, первоначального взноса, со-страхования и неоплачиваемого минимума на одобренные медицинские, фармацевтические или стоматологические услуги.

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

**Укажите всех членов семьи, кто будет участвовать в программе.**

Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	Номер медицинской карты
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**Не застрахованы? Kaiser Permanente может помочь.** Если у Вас нет страхового полиса, мы поможем Вам разобраться в существующих вариантах страхования. Отметьте в этом квадрате, если Вы хотите, чтобы представитель Kaiser Permanente связался с Вами и обсудил Ваш выбор.

Да, позвоните мне

Настоящим я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вся указанная в данном заявлении информация является достоверной и точной во всех отношениях. Я также понимаю и соглашаюсь, что несу ответственность перед организацией Kaiser Foundation Health Plan и Kaiser Foundation Hospitals за все задолженности Kaiser Foundation Health Plan и Kaiser Foundation Hospitals за медицинские товары и услуги, не покрываемые в рамках программы (раздел «Сумма остатка»).

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Примечание:** организация Kaiser Foundation Health Plan и Kaiser Foundation Hospitals сохраняет за собой право на получение информации от кредитных агентств и других независимых источников информации в целях определения моего соответствия условиям государственных медицинских программ, программ штата и частных медицинских программ, включая программу MFA.