KAISER PERMANENTE®

Programang Medikal na Tulong na Pinansiyal (MFA) ng Kaiser Permanente

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 linguística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

KAISER PERMANENTE®

Programang Medikal na Tulong na Pinansiyal (MFA) ng Kaiser Permanente

Kung kailangan mo ng tulong sa pagbabayad para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o mga iniresetang gamot na natanggap mo, o nakatakdang matanggap mo, mula sa Kaiser Permanente, ang aming programang Medikal na Tulong na Pinansiyal (Medical Financial Assistance, MFA) ay maaaring makatulong sa iyo.

Paano gumagana ang programa

- Ang programa ay nag-aalay ng pansamantalang ”mga gawad“ upang tulungan ang mga kuwalipikadong aplikante na magbayad para sa pangangalaga batay sa kanilang mga pinansiyal na pangangailangan.
- Ito ay makukuha ng lahat ng mga pasyente ng Kaiser Permanente miyembro ka man o hindi.
- Kung iginawad, ang programa ay sasakop sa pang-emerhensiya o medikal na kailangan na pangangalaga mula sa mga tagapagkaloob ng Kaiser Permanente o sa mga pasilidad ng Kaiser Permanente para sa isang tinukoy na panahon.

Paano maging kuwalipikado

Dapat kang makatugon sa isa sa mga sumusunod na iniaatas sa pagiging karapat-dapat:*

1. Ang kabuuang kita ng iyong sambahayan ay dapat na hindi hihigit sa 350% ng pederal na antas ng kahirapan.

*__Tandaan:__ Kung ang kabuuang kita ng iyong sambahayan ay higit sa 350% ng pederal na antas ng kahirapan at/o ikaw ay isang miyembro ng Kaiser Permanente na may isang deductible plan sa California, dapat mong matugunan ang pamantayang nasa ibaba.

2. Ang iyong mula-sa-bulsang mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan para sa emerhensiya o medikal na kailangan na pangangalaga, pangangalaga ng ngipin, at gamot sa 12 buwan ay kapantay ng o higit sa 10% ng kabuuang kita ng iyong sambahayan.
   - Ang mula-sa-bulsang mga gastos ay kabilang ang mga pagbabayad sa copay, coinsurance, at deductible.
   - Sa mula-sa-bulsang mga gastos ay hindi kabilang ang anumang mga pagbabayad para sa iyong planong pangkalusugan mismo, tulad ng iyong buwanang premium.

350% ng pederal na mga panuntunan sa antas ng kahirapan

Kung ang laki ng iyong sambahayan ay:	Ang kita ng iyong sambahayan ay dapat na hindi mas malaki kaysa:	
	Buwanan	Taunan
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

Bisitahin ang **aspe.hhs.gov/poverty** upang malaman ang mga panuntunan para sa mas malaking mga sambahayan.

May mga katanungan?

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa pagiging kuwalipikado para sa programang MFA, o upang makita kung aling mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ang binabayaran nito, bisitahin ang **www.kp.org/mfa/ncal**.

Kung wala kang segurong pangkalusugan, ikaw ay maaaring atasan na mag-aplay para rito.

- Dahil ang programang MFA ay nagkakaloob lamang ng pansamantalang mga gawad na pinansiyal, maaaring atasan ka namin na mag-aplay para sa pagsakop na sasaklaw sa iyo nang pangmatagalan. Maaaring kabilang dito ang anumang ibang pampubliko o pribadong mga programang pangkalusugan na karapat-dapat ka — tulad ng Medi-Cal o tinutustusang mga plano na makukuha sa mga pamilihan ng segurong pangkalusugan.
- Maaaring hingin namin sa iyo na magpakita ng katunayan na ikaw ay nag-aplay sa mga programang ito, o na ikaw ay inaprobahan o tinanggihan ng mga ito. Pero maaari ka pa ring makakuha ng tulong na pinansiyal mula sa programang MFA habang naghihintay para sa isang desisyon mula sa ibang mga programang ito.
- Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa ibang pagsakop na pangkalusugan na maaaring karapat-dapat ka, bisitahin ang **healthcare.gov** o tumawag sa **1-800-318-2596**.

Paano mag-aplay

Kung matugunan mo ang mga iniaatas sa pagiging karapat-dapat, maaari kang mag-aplay sa alinman sa mga paraang ito.

Ipadala ito sa pamamagitan ng koreo	• Kumpletuhin ang aplikasyon para sa MFA sa sumusunod na pahina. • Ipakoreo ang iyong kinumpletong aplikasyon sa: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
I-fax ito	• Kumpletuhin ang aplikasyon para sa MFA sa sumusunod na pahina. • I-fax ang iyong kinumpletong aplikasyon sa **1-808-687-9901**.
Dalhin ito	• Kumpletuhin ang aplikasyon para sa MFA sa sumusunod na pahina. • Dalhin ang iyong kinumpletong aplikasyon sa Patient Financial Operations sa alinmang pasilidad ng Kaiser Permanente.
Tawagan kami	• Tawagan kami sa **1-800-390-3507** (TTY **711**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. PST. • Maging handa sa pagbibigay ng lahat ng impormasyong nakalista sa aplikasyon para sa MFA sa susunod na pahina.

Mahalaga: Kapag nag-aaplay sa pamamagitan ng koreo o fax, o dadalhin nang personal ang iyong aplikasyon, mangyaring tiyakin na nakumpleto ang aplikasyon hanggang magagawa. Anumang kulang na impormasyon ay maaaring mag-antala ng proseso ng aplikasyon.

Ang dapat asahan pagkatapos mong mag-aplay

Pagkatapos naming suriin ang iyong kinumpletong aplikasyon, ipagbibigay-alam namin sa iyo ang mga susunod na kinahinatnan:

- Ang iyong aplikasyon ay inaprobahan at ikaw ay tatanggap ng isang gawad na pinansiyal.
- Upang makumpleto ang iyong aplikasyon, kailangan namin ng karagdagang impormasyon o papeles, na maipadadala mo sa amin sa koreo o personal na dalhin; maaaring kabilang dito ang katunayan ng kita o mga kopya ng iyong mula-sa-bulsang mga gastos.
- Ang iyong aplikasyon ay tinanggihan at bakit tinanggihan ito, kung saan maaari mong iapela ang aming desisyon.

Kailangan ng tulong?

Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong sa iyong aplikasyon, mangyaring tumawag sa **1-800-390-3507** (TTY **711**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. PST Maaari ka ring makipag-usap sa isang tagapayo sa pananalapi sa alinmang lokasyon ng Kaiser Permanente.

KAISER PERMANENTE®

Aplikasyon para sa Medikal na Tulong na Pinansiyal (MFA)

Pangalan: ______________________ Numero ng Medikal na Rekord: ______________

Petsa ng kapanganakan: ___/___/___ Numero ng Kontak: (___) ____________ Numero ng Social Security: _____-_____-______

Tirahan: ____

Lungsod: ______________________ Estado: __________ ZIP code: __________

Laki ng sambahayan: Dami ng mga miyembro ng pamilya (kabilang ka) na nakatira sa iyong bahay. Maaaring kabilang ang asawa o kuwalipikadong domestic partner, mga anak, isang di-magulang na tagapangalagang kamag-anak, atbp. ______________

Kita ng sambahayan (buwanan): Kabuuang kita para sa lahat ng mga miyembro ng pamilya sa sambahayan. Lagyan ng check ang LAHAT ng mga uri ng kita na naaangkop:

- ☐ Kita/Mga Suweldo sa Trabaho
- ☐ Kita sa Negosyo/Paupahang Ari-arian
- ☐ Mga Benepisyo sa Pagkawala ng Trabaho/ Kita para sa Kapansanan
- ☐ Alimony/Suporta sa Anak
- ☐ Pensiyon o Pagreretiro/Mga Annuity
- ☐ Social Security/Supplemental Security Income/Mga Benepisyo ng mga Beterano

$______________

Mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan: Kabuuang mula-sa-bulsang mga gastos mo sa 12 buwan para sa emerhensiya o medikal na kailangan na mga serbisyong ipinagkakaloob ng Kaiser Permanente o alinmang ibang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan. Maaaring kabilang ang mga pagbabayad sa mga copay, deposito, coinsurance, o deductible para sa karapat-dapat na mga serbisyong medikal, kaugnay ng parmasya, o para sa ngipin. $______________

Mangyaring ilista ang lahat ng mga miyembro ng iyong sambahayan na nag-aaplay para sa programa.

Pangalan	Petsa ng kapanganakan	Relasyon	Numero ng medikal na rekord
______________	____/____/____	__________	______________
______________	____/____/____	__________	______________
______________	____/____/____	__________	______________
______________	____/____/____	__________	______________
______________	____/____/____	__________	______________

Walang seguro? Makatutulong ang Kaiser Permanente. Kung wala kang seguro sa pangangalagang pangkalusugan, makatutulong kami sa iyo na maunawaan ang iyong mga opsyon. Lagyan ng check ang kahong ito kung gusto mong kontakin ka ng Kaiser Permanente upang talakayin ang iyong mga opsyon.

☐ Oo, kontakin ako

Ipihahayag ko sa pamamagitan nito sa ilalim ng parusa sa pagbibigay ng hindi totoong sinumpaang pahayag na ang lahat ng impormasyong nakalagay sa itaas sa aplikasyong ito ay totoo at tumpak sa lahat ng mga aspeto. Ipinagbibigay-alam ko rin na sumasang-ayon ako na may tungkulin akong magbayad sa Kaiser Foundation Health Plan at Kaiser Foundation Hospitals para sa lahat ng mga halagang dapat bayaran sa Kaiser Foundation Health Plan at Kaiser Foundation Hospitals para sa mga kalakal at serbisyong medikal na hindi sakop sa ilalim ng Programa (ang "Mga Natitirang Halaga").

Pirma: ______________________________ Petsa: ______________

Tandaan: Ang Kaiser Foundation Health Plan at Kaiser Foundation Hospitals ay nagpapanatili ng karapatang gamitin ang impormasyon mula sa mga ahensiya ng pag-uulat ng kredito ng mamimili at ibang ikatlong-partidong mga pinagkukunan ng impormasyon upang alamin ang pagiging karapat-dapat para sa pederal, pang-estado, at pribadong mga programang medikal, kabilang ang Programang MFA.