KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente-ի Բժշկական ֆինանսական օգնության (MFA) ծրագիր

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-813-2000** 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**1-800-813-2000**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 **1-800-813-2000** y pida ayuda linguística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Please recycle. February 2020

KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente-ի Բժշկական ֆինանսական օգնության (MFA) ծրագիր

Եթե օգնության կարիք ունեք վճարելու առողջապահական խնամքի ծառայությունների, Kaiser Permanente-ից ձեռք բերված կամ ձեռք բերման համար նշանակված դեղատոմսով դեղերի համար, մեր Բժշկական ֆինանսական օգնության (Medical Financial Assistance, MFA) ծրագիրը կարող է օգնել Ձեզ:

Ինչպես է գործում ծրագիրը

- Ծրագիրն առաջարկում է ժամանակավոր «պարգևներ՝ օգնելու համար որակավորված դիմորդներին վճարել խնամքի համար՝ հիմք ընդունելով իրենց ֆինանսական կարիքները:
- Այն մատչելի է Kaiser Permanente-ի հիվանդների համար՝ անկախ իրենց անդամության կարգավիճակից:
- Եթե Ձեզ տան այդ պարգևը, ծրագիրը կվճարի Kaiser Permanente-ի մատակարարների կողմից կամ Kaiser Permanente-ի հաստատություններում նշված ժամանակահատվածում տրամադրված շտապ օգնության և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ խնամքի համար:

Ինչպես որակավորվել

Դուք պետք է համապատասխանեք իրավունակության հետևյալ պահանջներից մեկին՝

1. Ձեր համախառն ընտանեկան եկամուտը ոչ ավել է, քան դաշնային աղքատության մակարդակի 400%-ը:
2. Շտապ օգնության և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ խնամքի, ատամնաբուժական խնամքի և դեղերի համար Ձեր գրպանից վճարվող առողջապահական խնամքի ծախսերը 12 ամսվա ընթացքում հավասար են կամ գերազանցել են Ձեր համախառն ընտանեկան եկամտի 10%-ը:
   - Գրպանից վճարվող ծախսերը ներառում են համավճարները, համաապահովագրությունը և չհատուցվող գումարի վճարումները:
   - Գրպանից վճարվող ծախսերը չեն ներառում որևէ վճարում Ձեր առողջապահական ծրագրին, ինչպես օրինակ՝ Ձեր ամսական ապահովագինը:

Դաշնային աղքատության մակարդակի 400%-ի ուղենիշներ 2020 թվականի համար

Եթե Ձեր ընտանիքի անդամների քանակն է՝	Ձեր ընտանեկան եկամուտը պետք է լինի ոչ ավել, քան՝	
	Ամսական	Տարեկան
1	$4,253	$51,040
2	$5,747	$68,960
3	$7,240	$86,880
4	$8,733	$104,800
5	$10,227	$122,720
6	$11,720	$140,640

Այցելեք **aspe.hhs.gov/poverty** կայքն՝ ավելի մեծ ընտանիքներին վերաբերող ուղենիշները գտնելու համար:

Հարցեր ունեք:

MFA ծրագրին որակավորվելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ որպեսզի տեսնեք, թե որ առողջապահական խնամքի ծառայությունների համար է այն վճարում, այցելեք **www.kp.org/mfa/nw** կայքը:

Եթե Դուք առողջության ապահովագրություն չունեք, Ձեզանից կարող են պահանջել դիմել դրա համար:

- Քանզի MFA ծրագիրը տրամադրում է միայն ժամանակավոր ֆինանսական պարգևներ, հնարավոր է, որ մենք Ձեզանից պահանջենք դիմել այնպիսի ապահովագրության համար, որը Ձեզ երկարաժամկետ ապահովագրություն կտրամադրի: Սա կարող է ներառել որևէ այլ հանրային կամ մասնավոր առողջապահական ծրագրեր, որոնց համար Դուք իրավունակ եք, ինչպիսիք են՝ Medicaid-ը կամ սուբսիդավորված ծրագրերը, որոնք մատչելի են առողջության ապահովագրության շուկաներում:
- Մենք կարող ենք Ձեզանից ապացույց խնդրել, որ Դուք դիմել եք այս ծրագրերի համար, կամ որ Ձեզ հաստատել են կամ մերժել: Սակայն Դուք դեռ կարող եք ֆինանսական օգնություն ստանալ MFA ծրագրից, մինչ սպասում եք այս ծրագրերի կողմից կայացրած որոշմանը:
- Որպեսզի լրացուցիչ տեղեկություններ ստանաք այլ առողջության ապահովագրության վերաբերյալ, որի համար կարող եք իրավունակ լինել, այցելեք **healthcare.gov** կայքը կամ զանգահարեք **1-800-318-2596** հեռախոսահամարով:

KAISER PERMANENTE®

Ինչպես դիմել

Եթե Դուք համապատասխանեք իրավունակության պայմաններին, Դուք կարող եք դիմել հետևյալ որևէ տարբերակներից մեկով:

Հանդիպեք ֆինանսական խորհրդատուի հետ	• Ժամադրություն նշանակեք ֆինանսական խորհրդատուի հետ մեր նախանշված հաստատություններից մեկում, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, 8:30 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով: • Պատրաստ եղեք տրամադրել MFA-ի դիմումի հաջորդ էջում նշված բոլոր տեղեկությունները:
Զանգահարեք մեզ	• Զանգահարեք մեզ **1-800-813-2000** (TTY **711**) համարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, 8:30 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով: • Պատրաստ եղեք տրամադրել MFA-ի դիմումի հաջորդ էջում նշված տեղեկությունները:
Ուղարկեք այն փոստով	• Լրացրեք հաջորդ էջում տրամադրված MFA-ի դիմումը: • Ձեր լրացված դիմումը փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ Kaiser Permanente MFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232
Ուղարկեք այն ֆաքսով	• Լրացրեք հաջորդ էջում տրամադրված MFA-ի դիմումը: • Ձեր լրացված դիմումն ուղարկեք հետևյալ ֆաքսի համարին՝ **1-503-813-2282**:
Ինքներդ բերեք այն	• Լրացրեք հաջորդ էջում տրամադրված MFA-ի դիմումը: • Ձեր լրացված դիմումը ներկայացրեք Kaiser Permanente-ի որևէ հաստատության Հիվանդների ֆինանսական գործառույթների բաժին:

Կարևոր է. երբ դիմում եք փոստով կամ ֆաքսով, կամ ինքներդ եք ներկայացնում դիմումը, խնդրում ենք անպայման հնարավորինս ամբողջովին լրացրեք դիմումը: Յուրաքանչյուր չտրամադրված տեղեկություն կարող է հետաձգել դիմումի գործընթացը:

Ինչ ակնկալել դիմելուց հետո

Այն բանից հետո, երբ մենք ուսումնասիրենք Ձեր լրացված դիմումը, մենք կհայտնենք Ձեզ հետևյալ արդյունքներից մեկը՝

- Ձեր դիմումը հաստատվել է, և Դուք ֆինանսական պարգև կստանաք:
- Ձեր դիմումն ավարտելու համար մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ կամ փաստաթղթեր են հարկավոր, որոնք կարող եք ուղարկել մեզ փոստով կամ ինքներդ բերել: Սա կարող է ներառել եկամտի ապացույց կամ գրպանից վճարված ծախսերի պատճեններ:
- Ձեր դիմումը մերժվել է, և ինչու է այն մերժվել, որի դեպքում Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: **Օգնության կարիք ունե՞ք:**

Եթե որևէ հարց կամ դիմումի հետ կապված օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք զանգահարել **1-800-813-2000** (TTY **711**) համարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, 8:30 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով: Կարող եք նաև խոսել ֆինանսական խորհրդատուի հետ Kaiser Permanente-ի որևէ հաստատությունում:

KAISER PERMANENTE®

Բժշկական ֆինանսական աջակցության (MFA) ծրագրի դիմում

Անուն՝ _____ Բժշկական արձանագրության համար՝ _____

Ծննդյան ամսաթիվ՝ ____/____/____ Կոնտակտային համար՝ (____) _____

Սոցիալական ապահովության համար՝ _____-_____-_____

Հասցե՝ _____

Քաղաք՝ _____ Նահանգ՝ _____ Փոստային ինդեքս՝ _____

Ընտանիքի չափ՝ Ընտանիքի անդամների քանակ (ներառյալ ինքներդ), ովքեր ապրում են Ձեր տանը: Կարող եք ներառել կնոջը/ամուսնուն կամ որակավորված ընտանեկան զուգընկերոջը, երեխաներին, ծնող չհանդիսացող խնամակալ-բարեկամին և այլն: _____

Ընտանեկան եկամուտ (ամսական)՝ Ընտանիքի բոլոր անդամների ընդհանուր համախառն եկամուտ: Նշեք ԲՈԼՈՐ եկամուտները, որոնք կիրառելի են՝

- ☐ Աշխատանքային եկամուտ/ աշխատավարձեր
- ☐ Եկամուտ բիզնեսից/ վարձակալված գույքից
- ☐ Գործազրկության նպաստներ/ Հաշմանդամության եկամուտ
- ☐ Ալիմենտ/երեխայի ապրուստադրամ
- ☐ Թոշակ/տարեվճար
- ☐ Սոցիալական ապահովության/ Լրացուցիչ ապահովության եկամտի/ Վետերանների նպաստներ

$_____

Առողջապահական խնամքի արժեքներ՝ 12 ամսվա ընթացքում Kaiser Permanente-ի կամ առողջապահական խնամքի որևէ այլ մատակարարի կողմից տրամադրված շտապ օգնության կամ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ծառայությունների համար գրպանից վճարված ընդհանուր ծախսեր: Կարող է ներառել համավճարներ, ավանդներ, համաապահովագրություն կամ չհատուցվող գումար իրավունակ բժշկական, դեղատան կամ ատամնաբուժական ծառաությունների համար: $_____

Խնդրում ենք նշել ծրագրի համար դիմող Ձեր ընտանիքի բոլոր անդամներին:

Անուն	Ծննդյան ամսաթիվ	Հարաբերություն	Բժշկական արձանագրության համար
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		

Ապահովագրություն չունեք: Kaiser Permanente-ն կարող է օգնել: Եթե Դուք չունեք առողջապահական խնամքի ապահովագրություն, մենք կարող ենք օգնել Ձեզ հասկանալ Ձեզ հասանելի տարբերակները: Նշում կատարեք այս վանդակում, եթե ցանկանում եք, որպեսզի Kaiser Permanente-ն կապվի Ձեզ հետ Ձեզ հասանելի տարբերակները քննարկելու համար:

☐ Այո, կապվեք ինձ հետ

Սույնով ես հայտարարում եմ, սուտ վկայություն տալու համար պատժի ահի ներքո, որ այս դիմումի մեջ նշված բոլոր վերոհիշյալ տեղեկությունները ստույգ և ճշգրիտ են բոլոր առումներով: Ես նույնպես հասկանում եմ և համաձայն եմ, որ ես պատասխանատու եմ Kaiser Foundation Health Plan-ի և Kaiser Foundation Hospitals-ի առջև բոլոր գումարների համար, որոնք պարտք եմ Kaiser Foundation Health Plan-ին և Kaiser Foundation Hospitals-ին բժշկական ապրանքների ու ծառայությունների համար, որոնք իրավունակ չեն Ծրագրի միջոցով («Մնացած գումարներ¸):

Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Ծանոթություն. Kaiser Foundation Health Plan-ը և Kaiser Foundation Hospitals-ն իրավունք են վերապահում օգտագործել հաճախորդների վարկային հաշվետվության գործակալություններից և երրորդ կողմի այլ տեղեկատվական աղբյուրներից ստացված տեղեկությունները՝ դաշնային, նահանգային և մասնավոր բժշկական ծրագրերին, ներառյալ՝ MFA ծրագրին, մասնակցելու իրավունակությունը որոշելու համար: