

## Kaiser Permanente 醫療財務補助 (MFA) 計劃

---

### 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.

## Kaiser Permanente 醫療財務補助 (MFA) 計劃

如果您在支付您從Kaiser Permanente獲得或預定獲得的健康護理服務或處方時需要幫助，我們的醫療財務補助 (Medical Financial Assistance, MFA) 計劃可能可以幫助您。

### 計劃的運作方式

- 該計劃會提供臨時「補助」，以幫助合資格的申請人根據他們的經濟需要支付護理費。
- 這對所有Kaiser Permanente患者都適用，無論您是否為會員。
- 如果得到補助，該計劃將承保在特定時間段內來自Kaiser Permanente提供者或Kaiser Permanente設施的緊急或醫療必需性護理。

### 如何取得資格

您必須符合以下資格要求之一：\*

1. 您的家庭總收入不得超過聯邦貧困水平的350%。

\*注：如果您的家庭總收入超過聯邦貧窮標準的350%，或者您是加州的Kaiser Permanente會員且具有免賠額計劃，則您必須符合以下標準。

2. 您在12個月內的緊急或醫療必需性護理、牙科保健和藥物的自付健康護理費用等於或高於您的家庭總收入的10%。
  - 自付費用包括共付額、共保額和免賠額。
  - 自付費用不包括您的保健計劃本身的任何付款，如您的月保費。

聯邦貧窮標準的350%		
如果您的家庭人數：	您的家庭收入不得超過：	
	月收入	年收入
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

造訪[aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty)以找到更大家庭人數的指南。

### 還有什麼疑問嗎？

如需瞭解符合MFA計劃資格的更多資訊，或如需查看該計劃支付的健康護理服務，請造訪[www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal)。

如果您沒有健康保險，您可能需要申請。

- 由於MFA計劃僅提供臨時財務補助，我們可能會要求您申請可以提供長期承保的保險。這可能包括您資格的任何其他公共或私人健康計劃——如Medi-Cal或健康保險市集的補助計劃。
- 我們可能會要求您提供您已申請這些計劃的證據，無論是獲得核准或遭拒。但是您可能在等待其他計劃的決定同時仍然可以獲得MFA計劃的財務援助。
- 如需瞭解您可能合資格的其他健康保險，請造訪[healthcare.gov](http://healthcare.gov)或撥打1-800-318-2596。

## 如何申請

如果您符合資格要求，您可以透過任何方式申請。

 <b>與財務顧問會面</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>在太平洋標準時間週一至週五上午8:00至下午5:00在我們指定的設施之一與財務顧問會面。</li><li>請準備好提供下頁MFA申請書上列出的所有資訊。</li></ul>
 <b>致電我們</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>撥打<b>1-800-390-3507</b>（TTY用戶請撥打<b>711</b>）聯絡我們，服務時間為太平洋標準時間週一至週五上午8:00至下午5:00。</li><li>請準備好提供下頁MFA申請書上列出的資訊。</li></ul>
 <b>郵寄</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>填寫下一頁的MFA申請書。</li><li>請將填寫完整的申請書郵寄至： Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li></ul>
 <b>傳真</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>填寫下一頁的MFA申請書。</li><li>將填寫完整的申請書傳真至<b>1-866-497-0005</b>。</li></ul>
 <b>親自提交</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>填寫下一頁的MFA申請書。</li><li>請將填寫完整的申請書親自提交至當地Kaiser Permanente醫院住院部。</li></ul>

**重要通知：**當透過郵件或傳真方式申請或親自提交申請時，請確保盡可能填寫完整申請表。任何遺漏的資訊都可能延遲申請過程。

### 申請後會如何

在我們查看您填寫的申請書后，我們會通知您以下結果之一：

- 您的申請獲得批准，您將獲得財務補助。
- 為了完成您的申請，我們需要額外的資訊或文件，您可以將其郵寄或親自提交給我們；這可能包括您的收入證明或自付費用副本。
- 您的申請被拒絕及其被拒絕的原因，在這種情況下，您可以對我們的決定提出上訴。

### 需要幫助嗎？

若您有任何疑問，或是需要有關此申請的幫助，請撥打**1-800-390-3507**（TTY用戶請撥打**711**）聯絡我們，服務時間為太平洋標準時間週一至週五上午8:00至下午5:00。您也可與Kaiser Permanente的財務顧問進行溝通。

## 醫療財務補助 (MFA) 計劃申請書

姓名：\_\_\_\_\_ 醫療記錄編號：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 聯絡電話：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

社會安全號碼：\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

**家庭人數：**在您家中居住的家庭成員人數（包括您自己在內）。

可能包括配偶或合資格的同居伴侶、兒童、非父母看護人親戚等

**家庭收入（每月）：**家庭中所有家庭成員的總收入。勾選所有適用的收入類型：

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 就業收入/工資   | <input type="checkbox"/> 贍養費/子女撫養費                 |
| <input type="checkbox"/> 營業收入/出租物業 | <input type="checkbox"/> 養老金或退休金/年金                |
| <input type="checkbox"/> 失業福利/殘障收入 | <input type="checkbox"/> 社會保障/社會安全生活補助金/<br>退伍軍人福利 |

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

**健康護理費用：**您在12個月內向提供緊急或醫療必需性服務的Kaiser Permanente

或任何其他保健業者支付的全部自付費用。可能包括共付額、押金、共保額、

為合資格醫療、藥房或牙科服務支付的免賠額費用。

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

**請列出您的家庭中申請該計劃的所有成員。**

姓名	出生日期	關係	醫療記錄編號
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**尚未投保？Kaiser Permanente可以提供幫助。**如果您沒有醫療保險，我們可以幫助您瞭解您的選擇。如果您希望Kaiser Permanente與您聯絡以討論您的選擇，請勾選此框。

是，與我聯絡

本人聲明，本申請書中的上述所有資訊，在所有方面均真實正確，如有違反，願受偽證罰責。我亦瞭解並同意，我應向Kaiser Foundation Health Plan和Kaiser Foundation Hospitals支付Kaiser Foundation Health Plan和Kaiser Foundation Hospitals不合資格的醫療用品與服務的任何或全部金額（合稱「餘額」）。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

**注：**Kaiser Foundation Health Plan和Kaiser Foundation Hospitals保留使用從消費者信用報告機構與其他第三方資訊來源獲取資訊的權利，以判定聯邦、州及私人醫療計劃，包括MFA計劃的入保資格。