

Kaiser Permanentes Medizinisches Finanzhilfe-Programm (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.

Kaiser Permanentes Medizinisches Finanzhilfe-Programm (MFA)

Wenn Sie Hilfe bei der Bezahlung von Gesundheitsdienstleistungen oder Rezepten benötigen, die Sie von Kaiser Permanente erhalten haben oder erhalten werden, dann könnte unser Medizinisches Finanzhilfe-Programm (Medical Financial Assistance, MFA) in der Lage sein, Ihnen zu helfen.

Wie funktioniert das Programm?

- Das Programm bietet zeitlich begrenzte „Prämien“, um qualifizierte Bewerber basierend auf Ihren finanziellen Bedürfnissen bei der Bezahlung Ihrer Gesundheitsdienstleistungen zu unterstützen.
- Es steht allen Kaiser Permanente-Patienten zur Verfügung, gleichgültig, ob sie bei uns Mitglied sind oder nicht.
- Wurde der Zuschlag erteilt, deckt das Programm die medizinische Notfallversorgung oder medizinisch erforderlichen Sachleistungen von Kaiser Permanente Anbietern oder Kaiser Permanente Einrichtungen in einem bestimmten Zeitraum ab.

Wer ist berechtigt?

Sie müssen eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:*

1. Ihr Brutto-Haushaltseinkommen darf nicht mehr als 350 % des als Armutsgrenze festgelegten Einkommens betragen.

***Hinweis:** Wenn Ihr Brutto-Haushaltseinkommen über 350 % der Armutsgrenze liegt und/oder Sie ein Kaiser Permanente Mitglied mit einem Selbstbehaltplan in Kalifornien sind, dann müssen Sie die nachfolgenden Kriterien erfüllen.

2. Ihre Direktzahlungen für medizinische Notfallversorgung oder medizinisch erforderliche Sachleistungen, zahnärztliche Leistungen und Medikamente über einen Zeitraum von 12 Monaten 10 % oder mehr Ihres Brutto-Haushaltseinkommens entsprechen.
 - Direktzahlungen beinhalten Zuzahlungen, Mitversicherungsgemeinschaften und Selbstbehaltzahlungen.
 - Direktzahlungen beinhalten keine Zahlungen für Ihre Krankenversicherung, wie Ihre monatlichen Beiträge.

Richtlinien bzgl. der 350 % der Armutsgrenze		
Wenn Ihre Haushaltsgröße ist:	Darf Ihr Haushaltseinkommen nicht höher sein als:	
	Monatlich	Jährlich
1	3.722 USD	44.660 USD
2	5.028 USD	60.340 USD
3	6.335 USD	76.020 USD
4	7.642 USD	91.700 USD
5	8.948 USD	107.380 USD
6	10.255 USD	123.060 USD

Besuchen Sie aspe.hhs.gov/poverty, um die Richtlinien für größere Haushalte zu finden.

Haben Sie Fragen?






Für weitere Informationen über die Berechtigung der Inanspruchnahme unseres MFA-Programms oder um herauszufinden, welche Gesundheitsdienstleistungen von diesem übernommen werden, besuchen Sie bitte www.kp.org/mfa/scal.

Falls Sie aktuell über keine Krankenversicherung verfügen, kann es erforderlich sein, dass Sie eine beantragen.

- Das MFA-Programm bietet nur vorübergehende finanzielle Prämien, daher ist es möglich, dass wir Sie ersuchen, einen langfristigen Deckungsschutz für Ihre Gesundheitskosten abzuschließen. Dabei kann es sich um jede beliebige andere öffentliche oder private Krankenversicherung handeln, für die Sie in Frage kommen – wie Medi-Cal oder andere subventionierte Pläne, die auf die Krankenversicherungsmarkt erhältlich sind.
- Wir können Sie um den Nachweis bitten, dass Sie bei einem dieser Programme einen Antrag gestellt haben oder dass Sie dafür zugelassen oder abgelehnt wurden. Aber auch dann könnten Sie immer noch berechtigt sein, finanzielle Unterstützung durch das MFA-Programm zu erhalten, während Sie auf eine Entscheidung dieser anderen Programme warten.
- Für weitere Informationen über andere Gesundheitsversorgungsleistungen, für die Sie möglicherweise anspruchsberechtigt sind, besuchen Sie bitte healthcare.gov oder rufen Sie an unter **1-800-318-2596**.

Wie Sie den Antrag stellen

Wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, können Sie auf einem der folgenden Wege den Antrag stellen.

 <p>Rufen Sie uns an</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rufen Sie uns an von Montag bis Freitag, 8:00 bis 17:00 Uhr PST unter 1-800-390-3507 (TTY 711). • Bitte halten Sie sämtliche für den MFA-Antrag erforderlichen Informationen bereit, deren Liste Sie auf der nächsten Seite finden.
 <p>Faxen Sie uns</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Füllen Sie das MFA-Antragsformular auf der nächsten Seite aus. • Faxen Sie Ihren vollständig ausgefüllten Antrag an 1-866-497-0005.
 <p>Schreiben Sie uns</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Füllen Sie das MFA-Antragsformular auf der nächsten Seite aus. • Schicken Sie Ihren vollständig ausgefüllten Antrag an: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 <p>Besuchen Sie uns</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Füllen Sie das MFA-Antragsformular auf der nächsten Seite aus. • Geben Sie Ihren vollständig ausgefüllten Antrag bei Ihrer örtlichen Kaiser Permanente Krankenhaus-Aufnahmestelle ab.
 <p>Treffen Sie sich mit einem Finanzberater</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treffen Sie sich mit einem Finanzberater in einer von unseren dafür vorgesehenen Einrichtungen, die Öffnungszeiten sind Montag bis Freitag, 8:00 bis 17:00 Uhr PST. • Bitte halten Sie sämtliche für den MFA-Antrag erforderlichen Informationen bereit, deren Liste Sie auf der nächsten Seite finden.

Wichtig: Wenn Sie sich auf dem Postweg oder per Fax bewerben oder Ihren Antrag persönlich abgeben, dann stellen Sie bitte sicher, dass Sie den Antrag so gut wie möglich ausgefüllt haben. Alle fehlenden Informationen können die Bearbeitung des Antrags verzögern.

Was Sie nach der Antragsstellung erwartet

Nachdem wir Ihren vollständigen Antrag geprüft haben, werden wir Sie über eines der folgenden Ergebnisse informieren:

- Ihr Antrag wurde genehmigt und Sie erhalten eine finanzielle Prämie.
- Um Ihren Antrag zu vervollständigen, benötigen wir zusätzliche Informationen oder Unterlagen, die Sie uns per Post senden oder bei uns persönlich einreichen können. Dazu könnten Einkommensnachweise oder Kopien Ihrer Auslagen zählen.
- Ihr Antrag wurde abgelehnt und den Grund der Ablehnung. Sie können Einspruch gegen unsere Entscheidung einlegen.

Benötigen Sie Hilfe?

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe bei Ihrer Antragsstellung benötigen, rufen Sie uns bitte an unter **1-800-390-3507 (TTY 711)**, Montag bis Freitag, 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr PST. Sie können auch mit einem unserer Finanzberater an jedem Kaiser Permanente Standort sprechen.

Antrag für Medizinisches Finanzhilfe (MFA) -Programm

Name: _____ Patientenakte-Nr.: _____

Geburtstag: ____/____/____ Kontaktnr.: (____) _____ Sozialversicherungsnr.: _____-_____-_____

Adresse: _____

Stadt: _____ Staat: _____ Postleitzahl: _____

Haushaltsgröße: Anzahl der Familienmitglieder (einschließlich Ihnen), die in Ihrem Haushalt leben. Kann einen Ehepartner oder qualifizierten Lebenspartner, Kinder, eine nicht-elterlich Betreuungsperson aus der Verwandtschaft etc. einschließen.

Haushaltseinkommen (monatlich): Bruttogesamteinkommen aller im Haushalt lebender Familienmitglieder. Kreuzen Sie ALLE zutreffenden Einkommensarten an:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit/Löhne | <input type="checkbox"/> Alimente/Unterhalt für Kinder |
| <input type="checkbox"/> Gewerbliche Einkünfte/Mieteinnahmen | <input type="checkbox"/> Pension oder Altersversorgung/Rente |
| <input type="checkbox"/> Leistungen bei Arbeitslosigkeit/Invalidenrente | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe/ergänzende Sozialhilfe/Veteranen-Rente |

Gesamtgesundheitskosten: Gesamthöhe der Direktausgaben und Auslagen, die Sie in einem Zeitraum von 12 Monaten für medizinische Notfallversorgung oder medizinisch erforderliche Sachleistungen, die von Kaiser Permanente oder anderen Gesundheitsdienstleistern bereitgestellt wurden, bezahlt haben. Kann Zuzahlungen, Anzahlungen, Mitversicherungsgemeinschaften und Selbstbehaltzahlungen für zulässige medizinische, pharmazeutische oder zahnmedizinische Dienstleistungen umfassen.

Bitte listen Sie alle Mitglieder ihres Haushalts auf, die sich für das Programm bewerben.

Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad	Patientenakte-Nr.
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Nicht versichert? Kaiser Permanente kann helfen. Sollten Sie über keine aktuelle Krankenversicherung verfügen, können wir Sie über Ihre Möglichkeiten aufklären. Bitte kreuzen Sie dieses Feld an, wenn Sie möchten, dass Kaiser Permanente Sie kontaktiert, um mit Ihnen Ihre Möglichkeiten zu besprechen.

 Ja, bitte kontaktieren Sie mich

Ich erkläre hiermit unter Strafe des Meineids, dass alle im obigen Antrag angegebenen Informationen in jeder Hinsicht wahr und richtig sind. Ich erkenne auch an und erkläre mich damit einverstanden, dass ich gegenüber Kaiser Foundation Health Plan und Kaiser Foundation Hospitals für alle Beträge haftbar bin, die ich Kaiser Foundation Health Plan und Kaiser Foundation Hospitals für medizinische Güter und Dienstleistungen schulde, die nicht im Rahmen des Programms förderfähig sind (die „Verbleibenden Beträge“).

Unterschrift: _____ Datum: _____

Hinweis: Kaiser Foundation Health Plan und Kaiser Foundation Hospitals behält sich das Recht vor, Informationen von berichtenden Verbraucheragenturen, Kreditauskunfteien und anderen Drittanbietern zu nutzen, um die Eignung für staatliche, bundesstaatliche und private medizinische Programme, einschließlich des MFA-Programms, zu prüfen.