

## Program medicinske finansijske pomoći (MFA) u okviru 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 lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

## Program medicinske finansijske pomoći (MFA) u okviru Kaiser Permanente

Ako vam je potrebna pomoć da platite obavljene ili zakazane zdravstvene usluge ili lekove na recept, od Kaiser Permanente, naša medicinska finansijska pomoć (Medical Financial Assistance, MFA) program će vam možda moći pomoći.

### Kako funkcioniše program

- Program nudi privremene “nagrade” kako bi pomogao kvalifikovanim podnosiocima zahteva da plate za zdravstvenu negu na osnovu svojih finansijskih potreba.
- To je dostupno svim Kaiser Permanente pacijentima, bez obzira da li ste član ili niste.
- Ako dobijete pomoć, program će pokriti sve hitne ili medicinski neophodne usluge pružene od strane Kaiser Permanente pružatelja ili u ustanovama Kaiser Permanente za određeni vremenski period.

### Kako se kvalifikovati

Morate ispuniti jedan od sledećih kvalifikacionih uslova:\*

1. Vaš bruto prihod domaćinstva ne sme prelaziti više od 350% federalne granice siromaštva.

**\*Napomena:** Ako je vaš bruto prihod domaćinstva veći od 350% federalne granice siromaštva i/ili ste član Kaiser Permanente sa planom ličnog učešća (deductible) u Kaliforniji, morate zadovoljiti kriterijum u nastavku.

2. Vaši troškovi zdravstvene nege koje sami plaćate za hitne ili medicinski neophodne usluge, stomatološke usluge i lekove tokom 12-mesečnog perioda iznose 10% ili više od vašeg bruto godišnjeg prihoda domaćinstva.
  - Troškovi koje sami plaćate obuhvataju participaciju, suosiguranje i lično učešće.
  - Troškovi koje sami plaćate ne uključuju plaćanje za plan zdravstvenog osiguranja, kao što su mesečna premija.

#### 350% od smernica za federalnu granicu siromaštva

Ako je veličina vašeg domaćinstva:	Vaš prihod domaćinstva ne sme biti veći od:	
	Mesečno	Godišnje
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

Idite na [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) da biste našli smernice za veća domaćinstva.

### Imate pitanja?






Za više informacija o kvalifikaciji za MFA program ili da biste videli koje zdravstvene usluge plaća MFA program, idite na [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).

**Ako nemate zdravstveno osiguranje, možda će se tražiti od vas da se prijavite za njega.**

- Zbog toga što MFA program pruža samo privremenu finansijsku pomoć, od vas ćemo možda tražiti da se prijavite za osiguranje kojim ćete biti pokriveni na duži period. To može da uključi bilo koje druge državne ili privatne programe zdravstvenog osiguranja na koje imate pravo — kao što su Medi-Cal ili subvencionirani planovi osiguranja dostupni na tržištu zdravstvenog osiguranja.
- Možda ćemo od vas tražiti da pokažete dokaz da ste se prijavili za te programe ili da li su vam odobreni ili odbijeni. Međutim, i dalje možete da dobijete finansijsku pomoć od MFA programa dok čekate odluku od ovih drugih programa.
- Za više informacija o drugim planovima zdravstvenog osiguranja za koje ste možda podobni, idite na [healthcare.gov](http://healthcare.gov) ili nazovite **1-800-318-2596**.

## Kako se prijaviti

Ako ispunjavate kvalifikacione uslove, možete se prijaviti na bilo koji od sledećih načina.

 <b>Nazovite nas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nazovite nas na <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, od ponedeljka do petka, od 8:00 do 17:00 pacifičko standardno vreme.</li><li>• Budite spremni da date informacije navedene na MFA prijavi na sledećoj stranici.</li></ul>
 <b>Pošaljite faksom</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Popunite MFA prijavu na sledećoj stranici.</li><li>• Vašu popunjenu prijavu pošaljite faksom na <b>1-866-497-0005</b>.</li></ul>
 <b>Pošaljite poštom</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Popunite MFA prijavu na sledećoj stranici.</li><li>• Vašu popunjenu prijavu pošaljite na adresu: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li></ul>
 <b>Dostavite lično</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Popunite MFA prijavu na sledećoj stranici.</li><li>• Vašu popunjenu prijavu dostavite Prijemnom odeljenju bolnice Kaiser Permanente.</li></ul>
 <b>Sastanite se sa finansijskim savetnikom</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sastanite se sa finansijskim savetnikom u jednoj od naših navedenih ustanova, od ponedeljka do petka, od 8:00 do 17:00 pacifičko standardno vreme.</li><li>• Budite spremni da date sve informacije navedene na MFA prijavi na sledećoj stranici.</li></ul>

**Važno:** Kada šaljete prijavu poštom ili faksom, ili je dostavljate lično, pobrinite se da ispunite prijavu što više možete. Zbog podataka koji nedostaju, obrada prijave može kasniti.

### Šta očekivati nakon prijave

Nakon što razmotrimo vašu popunjenu prijavu, obavestićemo vas o našoj odluci koja može biti sledeća:

- Vaš zahtev je odobren i vi ćete dobiti finansijsku pomoć.
- Da biste kompletirali svoju prijavu, potrebne su nam dodatne informacije ili dokumenta, koje nam možete poslati poštom ili doneti lično; to može uključiti dokaz o prihodu ili kopije vaših troškova koje ste platili iz svog džepa.
- Vaš zahtev je odbijen i razlog zašto je odbijen, u kom slučaju možete se žaliti na našu odluku.

### Treba vam pomoć?

Ako imate pitanja ili vam je potrebna pomoć sa ovom prijavom, nazovite **1-800-390-3507** ili (TTY **711**) od ponedeljka do petka, od 8:00 do 17:00 pacifičko standardno vreme. Takođe možete razgovarati sa finansijskim savetnikom na bilo kojoj lokaciji ustanove Kaiser Permanente.

## Prijava za program medicinske finansijske pomoći (MFA)

Ime: \_\_\_\_\_ Broj medicinskog kartona: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Broj za kontakt: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Br. socijalnog osiguranja: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

**Veličina domaćinstva:** Broj članova porodice (uključujući vas) koji žive s vama u kući. Može da uključi supružnika ili kvalifikovanog partnera u domaćinstvu, decu, rođaka koji vode računa o deci itd.

**Prihod domaćinstva (mesečni):** Ukupan bruto prihod svih članova porodice u domaćinstvu.

Označite SVE vrste relevantnih prihoda:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dohodak od zaposlenja/plate                                 | <input type="checkbox"/> Alimentacija/izdržavanje dece  |
| <input type="checkbox"/> Prihod od biznisa/zakupa imovine                            | <input type="checkbox"/> Penzija ili anuiteti   |
| <input type="checkbox"/> Beneficije zbog nezaposlenosti/<br>prihod zbog invalidnosti | <input type="checkbox"/> Socijalno osiguranje/dodatna socijalna<br>pomoć/beneficije za veterane |

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

**Troškovi zdravstvene nege:** Ukupni troškovi koje ste sami platili za hitne ili medicinski neophodne usluge tokom 12-mesečnog perioda a koje je pružio Kaiser Permanente pružatelj usluga ili bilo koji drugi pružatelj zdravstvenih usluga. Mogu da uključe participaciju, depozite, suosiguranje ili lično učešće za odgovarajuće medicinske ili stomatološke usluge, kao i za lekove.

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

**Navedite sve članove vašeg domaćinstva koji se prijavljuju za ovaj program.**

Ime	Datum rođenja	Srodstvo	Broj medicinskog kartona
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**Niste osigurani? Kaiser Permanente može da pomogne.** Ako nemate zdravstveno osiguranje, možemo vam pomoći da razumete svoje opcije. Označite ovaj kvadratić ako želite da vas Kaiser Permanente kontaktira i porazgovara o vašim opcijama.

Da, kontaktirajte me

Izjavljujem pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću da su gorenavedene informacije u ovoj prijavi istinite i tačne u svakom pogledu. Takođe potvrđujem i prihvatam odgovornost prema Kaiser Foundation Health Plan i Kaiser Foundation Hospitals za sve iznose koje dugujem Kaiser Foundation Health Plan i Kaiser Foundation Hospitals za medicinske materijale i usluge koji nisu pokriveni Programom ("Preostali iznos").

Potpis: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Napomena:** Kaiser Foundation Health Plan i Kaiser Foundation Hospitals rezerviše pravo da koristi informacije od agencija za izveštavanje o potrošačkoj kreditnoj istoriji i druge izvore informacija trećih lica kako bi se odredila podobnost za federalne, državne i privatne medicinske programe, uključujući MFA program.