

## โครงการความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลของ Kaiser Permanente (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.

## โครงการความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาลของ Kaiser Permanente (MFA)

หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพหรือยาตามใบสั่งแพทย์ที่ท่านได้รับ หรือนัดหมายให้รับจาก Kaiser Permanente โครงการความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาล (Medical Financial Assistance, MFA) ของเราอาจสามารถช่วยท่านได้

### โครงการนี้ทำงานอย่างไร

- โครงการนี้เสนอ “รางวัล” ชั่วคราวเพื่อช่วยผู้สมัครที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการจ่ายค่าดูแลรักษาโดยอิงตามความต้องการทางการเงินของพวกเขา
- โครงการนี้มีให้แก่ผู้ป่วยของ Kaiser Permanente ทุกคน ไม่ว่าจะสมาชิกหรือไม่ก็ตาม
- หากได้รับรางวัล โครงการจะคุ้มครองการดูแลสุขภาพฉุกเฉิน หรือการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็นโดยผู้ให้บริการของ Kaiser Permanente หรือที่สถานบริการของ Kaiser Permanente สำหรับช่วงเวลาที่เหมาะสม

### วิธีการเพื่อให้มีคุณสมบัติเหมาะสม

ท่านจะต้องเกณฑ์ตรงตามข้อกำหนดด้านคุณสมบัติข้อหนึ่งข้อใดต่อไปนี้\*:

1. รายได้ครัวเรือนรวมของท่านไม่เกิน 350% ของระดับความยากจนที่รัฐบาลกลางกำหนดไว้

\*หมายเหตุ: หากรายได้ครัวเรือนรวมของท่านเกิน 350% ของระดับความยากจนที่รัฐบาลกลางกำหนดไว้ และ/หรือ ท่านเป็นสมาชิกของ Kaiser Permanente ที่มีแผนค่ารับผิดชอบส่วนแรกในแคลิฟอร์เนีย ท่านจะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างล่าง

2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ต้องออกเองของท่านสำหรับการดูแลสุขภาพฉุกเฉิน หรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ การดูแลด้านทันตกรรม และค่ายาตลอดช่วงระยะเวลา 12 เดือน เท่ากับหรือมากกว่า 10% ของรายได้ครัวเรือนรวมของท่าน
  - ค่าใช้จ่ายที่ต้องออกเองรวมถึง การร่วมจ่าย ประกันภัยร่วม และการจ่ายโดยรับผิดชอบส่วนแรก
  - ค่าใช้จ่ายที่ต้องออกเองไม่รวมถึง การจ่ายใดๆ สำหรับตัวแผนสุขภาพของท่านเอง เช่น ค่าเบี้ยประกันรายเดือนของท่าน

เกณฑ์ 350% ของระดับความยากจนที่รัฐบาลกลางกำหนดไว้		
ขนาดครัวเรือนของท่าน คือ:	รายได้ครัวเรือนของท่านต้องไม่เกิน:	
	รายเดือน	รายปี
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

ดูที่เว็บไซต์ [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) เพื่อดูแนวทางสำหรับครัวเรือนที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

### มีคำถาม?






สำหรับคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับโครงการ MFA หรือเพื่อดูว่าบริการสุขภาพใดที่โครงการจ่ายให้ โปรดดูที่เว็บไซต์ [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).

### หากท่านไม่มีประกันสุขภาพ ท่านอาจจำเป็นต้องสมัคร

- เพราะโครงการ MFA จัดให้เฉพาะรางวัลทางการเงินชั่วคราว เราอาจต้องการให้ท่านสมัครขอประกันที่จะคุ้มครองท่านในระยะยาว ซึ่งอาจรวมถึง โครงการสุขภาพของรัฐ หรือเอกชนอื่นใดที่ท่านมีคุณสมบัติเหมาะสม — เช่น Medi-Cal หรือแผนให้ความช่วยเหลือด้านการเงินที่มีอยู่ในตลาดประกันสุขภาพ
- เราอาจขอให้ท่านแสดงหลักฐานว่าท่านได้สมัครเข้าโครงการเหล่านี้ หรือท่านได้รับการอนุมัติหรือปฏิเสธจากโครงการเหล่านั้น แต่ท่านอาจยังคงสามารถรับความช่วยเหลือด้านการเงินจากโครงการ MFA ได้ในขณะที่รอผลคำตัดสินจากโครงการอื่นๆ เหล่านี้
- สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มครองสุขภาพอื่นๆ ที่ท่านอาจมีคุณสมบัติเหมาะสม โปรดดูที่เว็บไซต์ [healthcare.gov](http://healthcare.gov) หรือ โทร **1-800-318-2596**

## วิธีการสมัคร

หากท่านมีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนด ท่านสามารถสมัครในช่องทางต่อไปนี้

 <b>พบกับที่ปรึกษาทางการเงิน</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• พบที่ปรึกษาทางการเงินได้ที่สถานที่ใดที่หนึ่งของเรากำหนดไว้ ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น ตามเวลามาตรฐานแปซิฟิก</li><li>• เตรียมพร้อมในการให้ข้อมูลทั้งหมดตามที่ระบุไว้ในใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไป</li></ul>
 <b>โทรหาเรา</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• โทรหาเราที่ <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b> ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น ตามเวลามาตรฐานแปซิฟิก</li><li>• เตรียมพร้อมในการให้ข้อมูลทั้งหมดตามที่ระบุไว้ในใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไป</li></ul>
 <b>ส่งทางไปรษณีย์</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไปให้เรียบร้อย</li><li>• ส่งใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้วของท่านไปที่: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li></ul>
 <b>ส่งทางแฟกซ์</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไปให้เรียบร้อย</li><li>• ส่งแฟกซ์ใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้วของท่านไปที่ <b>1-866-497-0005</b></li></ul>
 <b>ไปหย่อนเอกสารเอง</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไปให้เรียบร้อย</li><li>• หย่อนใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้วของท่านได้ที่แผนกผู้ป่วยของโรงพยาบาล Kaiser Permanente ในพื้นที่ของท่าน</li></ul>

**สำคัญ:** เมื่อสมัครทางไปรษณีย์หรือทางแฟกซ์ หรือหย่อนใบสมัครของท่านด้วยตนเอง โปรดตรวจให้แน่ใจว่าท่านได้กรอกข้อมูลลงในใบสมัครมากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ การขาดข้อมูลใดๆ อาจส่งผลทำให้กระบวนการสมัครล่าช้า

### สิ่งที่คาดหวังภายหลังการสมัคร

หลังจากที่เราได้พิจารณาใบสมัครที่กรอกเรียบร้อยแล้วของท่าน เราจะแจ้งให้ท่านทราบผลลัพธ์หนึ่งใดต่อไปนี้:

- การสมัครของท่านได้รับการอนุมัติ และท่านจะได้รับรางวัลทางการเงิน
- เพื่อให้การสมัครสมบูรณ์ เราจำเป็นต้องได้รับข้อมูลหรือเอกสารเพิ่มเติมซึ่งท่านสามารถส่งให้เราได้ทางไปรษณีย์หรือนำไปส่งให้ด้วยตนเอง ซึ่งอาจรวมถึงหลักฐานของรายได้ หรือสำเนาของค่าใช้จ่ายที่จ่ายเอง
- การสมัครของท่านถูกปฏิเสธ และเหตุผลของการปฏิเสธ ซึ่งไม่ว่าในกรณีใด ท่านสามารถอุทธรณ์การตัดสินใจของเราได้

### ต้องการความช่วยเหลือ?

หากท่านมีคำถามใดๆ และต้องการความช่วยเหลือในการสมัครของท่าน โปรดโทร **1-800-390-3507 (TTY 711)** ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น ตามเวลามาตรฐานแปซิฟิก นอกจากนี้ ท่านยังสามารถปรึกษากับที่ปรึกษาด้านการเงินได้ที่สถานที่ตั้งใดๆ ของ Kaiser Permanente ได้อีกด้วย

## ใบสมัครโครงการความช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาล (MFA)

ชื่อ: \_\_\_\_\_ หมายเลขเวชระเบียน #: \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิด: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ หมายเลขติดต่อ: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ หมายเลขประกันสังคม: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

เมือง: \_\_\_\_\_ รัฐ: \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

**ขนาดของครัวเรือน:** จำนวนของสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านของท่าน (รวมตัวท่าน)  
รวมคู่สมรสหรือคู่ครองที่ได้รับการรับรอง เด็ก ญาติผู้รับจ้างดูแลที่ไม่ใช่บิดามารดาหรือ อื่นๆ

**รายได้ครัวเรือน (รายเดือน):** รายได้รวมทั้งหมดสำหรับสมาชิกทั้งหมดในครัวเรือน  
กาเครื่องหมายสำหรับรายได้ทุกประเภทที่ใช้ได้:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> รายได้จากการจ้างงาน/ค่าแรง                        | <input type="checkbox"/> ค่าเลี้ยงดู/ค่าเลี้ยงดูบุตร   |
| <input type="checkbox"/> รายได้ทางธุรกิจ/เช่าทรัพย์สิน                     | <input type="checkbox"/> เบี้ยบำนาญหรือเกษียณ /เงินประจำปี   |
| <input type="checkbox"/> สิทธิประโยชน์จากการว่างงาน/<br>รายได้จากความพิการ | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม /รายได้เสริมจากประกันสังคม/<br>สิทธิประโยชน์สำหรับทหารผ่านศึก |

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

**ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ:** ค่าใช้จ่ายที่ต้องออกเองทั้งหมดที่ท่านได้จ่ายตลอดช่วง  
12 เดือนสำหรับกรณีฉุกเฉินหรือบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นที่จัดให้โดย Kaiser Permanente  
หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นใด ซึ่งอาจรวมถึง การจ่ายร่วม เงินมัดจำ ประกันร่วม  
หรือการจ่ายรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับบริการทางการแพทย์ ค่ายา หรือทันตกรรมที่มีสิทธิได้รับ

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

**โปรดเขียนรายชื่อสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวของท่านที่สมัครเข้าโครงการนี้**

ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	ความสัมพันธ์	หมายเลขเวชระเบียน #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**ไม่มีประกัน? Kaiser Permanente สามารถช่วยได้** หากท่านไม่มีความคุ้มครองด้านสุขภาพ  
เราสามารถช่วยให้ท่านเข้าใจถึงทางเลือกของท่าน ทำเครื่องหมายในช่องนี้ หากท่านต้องการให้  
Kaiser Permanente ติดต่อท่านเพื่อปรึกษาหาหรือถึงทางเลือกของท่าน

ใช่ โปรดติดต่อผม/ดิฉัน

ในที่นี้ ข้าพเจ้าขอประกาศภายใต้บทลงโทษของการให้การเท็จว่าข้อมูลทั้งหมดข้างต้นที่ให้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงและถูกต้อง  
ในทุกแง่มุม ข้าพเจ้ายังรับรู้และเห็นชอบว่าข้าพเจ้ารับผิดชอบต่อ Kaiser Foundation Health Plan และ Kaiser Foundation  
Hospitals สำหรับจำนวนเงินทั้งหมดที่เป็นหนี้ต่อ Kaiser Foundation Health Plan และ Kaiser Foundation Hospitals สำหรับ  
สินค้าและบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิได้รับภายใต้โครงการนี้ (“จำนวนคงค้าง”)

ลายมือชื่อ: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_

**หมายเหตุ:** Kaiser Foundation Health Plan และ Kaiser Foundation Hospitals สงวนสิทธิ์ในการใช้ข้อมูลจากหน่วยงาน  
รายงานสินเชื่อผู้บริโภคและแหล่งข้อมูลจากภายนอกอื่นๆ เพื่อพิจารณากำหนดการมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับโครงการทางการแพทย์  
ของรัฐบาลกลาง รัฐ และเอกชน รวมถึงโครงการ MFA