

(MFA) Kaiser Permanente برنامه کمک مالی پزشکی

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 lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

برنامه کمک مالی پزشکی Kaiser Permanente (MFA)

اگر برای پرداخت هزینه خدمات بهداشتی و درمانی یا نسخه های دریافت شده یا آبی از Kaiser Permanente نیاز به کمک دارید، برنامه MFA (Medical Financial Assistance) ما شاید بتواند کمک تان کند.

شرح جزئیات برنامه

- این برنامه "کمک های" موقت برای متقاضیان واجد شرایط ارائه می کند تا بسته به نیاز مالی آنها مقداری در تأمین هزینه مراقبت ها کمک دریافت کنند.
- این امکان برای کلیه بیماران Kaiser Permanente فراهم است، چه عضو باشند و چه عضو نباشند.
- در صورتی که با اعطای کمک موافقت شود، برنامه مراقبت های اضطراری یا مراقبت های دارای ضرورت پزشکی توسط ارائه کنندگان Kaiser Permanente یا هریک از مراکز Kaiser Permanente را برای مدت زمان مشخصی پوشش خواهد داد.

طرز استفاده

شما باید یکی از شرایط تعیین صلاحیت زیر را داشته باشید:

1. درآمد ناخالص خانوار شما نباید از 300% خط فقر فدرال بیشتر باشد.

2. هزینه های پرداخت شده شخصی شما برای مراقبت های بهداشتی و درمانی جهت مراقبت های اضطراری یا مراقبت های دارای ضرورت پزشکی، مراقبت های دندانپزشکی و دارو در یک دوره 12 ماهه برابر یا بیشتر از 10% درآمد ناخالص خانوار شما است.

- هزینه های پرداخت شده شخصی فرانشیز، کارمزد متغیر و کسورات را در بر می گیرد.
- پرداخت هائی که برای خود برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی می کنید، مانند حق بیمه ماهیانه جزو هزینه های شخصی محسوب نمی شوند.

300% خط فقر فدرال		
درآمد خانوار شما نباید از این مقدار بیشتر باشد:		اگر تعداد نفرات خانوار شما این مقدار است:
سالانه	ماهانه	
\$38,280	\$3,190	1
\$51,720	\$4,310	2
\$65,160	\$5,430	3
\$78,600	\$6,550	4
\$92,040	\$7,670	5
\$105,480	\$8,790	6

برای آگاهی از معیارها و ضوابط برای خانوارهای پرجمعیت تر به aspe.hhs.gov/poverty مراجعه کنید.

آیا سؤالی دارید؟

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره شرایط استفاده از برنامه MFA یا آگاهی از خدمات مراقبت های بهداشتی درمانی که برنامه هزینه آنها را می پردازد به www.kp.org/mfa/wa رجوع کنید.

اگر بیمه بهداشتی و درمانی ندارید، شاید ملزم باشید که برای آن درخواست بدهید.

- از آنجائیکه برنامه MFA فقط کمک های مالی موقت ارائه می کند، شاید از شما بخواهیم برای پوشش بلندمدت نیز اقدام کنید. این می تواند هریک از برنامه های بهداشتی و درمانی خصوصی که واجد شرایط آن هستید باشد - مانند Medicaid یا برنامه های سوبسیدی که در بازارهای بیمه بهداشتی و درمانی عرضه شده اند.
- شاید از شما بخواهیم مدارکی ارائه کنید که نشان می دهد برای این برنامه ها درخواست داده اید و یا اینکه مورد پذیرش قرار گرفته یا رد شده اید. در طول مدتی که منتظر اعلام تصمیم این برنامه های دیگر هستید هم شاید بتوانید از برنامه MFA کمک مالی دریافت کنید.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره سایر پوشش های خدمات بهداشتی و درمانی که امکان دارد واجد شرایط آنها باشید به healthcare.gov مراجعه کرده یا با شماره **1-800-318-2596** تماس بگیرید.

نحوه درخواست

اگر معیارها و ضوابط صلاحیت را دارا هستید می توانید به یکی از این روش ها درخواست کنید.

<ul style="list-style-type: none"> • فرم درخواست MFA که در صفحه بعد آورده شده است را پر کنید. • فرم درخواست تکمیل شده خود را به این آدرس پست کنید: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584 	 <p>فرم را پست کنید</p>
<ul style="list-style-type: none"> • فرم درخواست MFA که در صفحه بعد آورده شده است را پر کنید. • فرم درخواست تکمیل شده خود را به شماره 1-206-877-0640 فکس کنید. 	 <p>فرم را فکس کنید</p>
<ul style="list-style-type: none"> • فرم درخواست MFA که در صفحه بعد آورده شده است را پر کنید. • فرم درخواست تکمیل شده خود را به دفتر اداری یا بخش پذیرش هریک از مراکز Kaiser Permanente تحویل بدهید. 	 <p>فرم را حضوری تحویل بدهید</p>
<ul style="list-style-type: none"> • لطفاً در روزهای دوشنبه الی جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت پاسیفیک PST با ما به شماره 1-800-442-4014، گزینه 4، گزینه 7 (TTY 711) تماس بگیرید. • لطفاً آماده باشید که اطلاعات ذکر شده در درخواست MFA در صفحه بعد را ارائه کنید. 	 <p>با ما تماس بگیرید</p>

مهم: اگر فرم درخواست را با پست یا فکس ارسال کرده یا آنرا حضوراً تحویل می دهید، لطفاً دقت کنید که فرم را تاجائیکه امکان دارد کامل تر پر کنید. هرگونه نقص اطلاعات می تواند روند رسیدگی به درخواست شما را با تأخیر مواجه کند.

بعد از ارسال درخواست چه خواهد شد

بعد از بررسی فرم درخواست تکمیل شده شما، یکی از نتایج زیر را به شما اعلام خواهیم کرد:

- درخواست شما تأیید شده و کمک مالی دریافت خواهید کرد.
- برای تکمیل درخواست شما نیاز به اطلاعات یا مدارک بیشتری داریم که می توانید آنها را با پست برای ما بفرستید یا حضوری تحویل بدهید؛ این می تواند شامل مدارک درآمد یا کپی رسید مخارج و هزینه های شخصی شما باشد.
- درخواست شما رد شده و دلیل آن چه بوده است، که در اینصورت می توانید علیه تصمیم ما تقاضای استیناف و تجدیدنظر بکنید.

به راهنمایی نیاز دارید؟

اگر سؤالی دارید یا در خصوص فرم درخواست کمک می خواهید، لطفاً روزهای دوشنبه الی جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت پاسیفیک PST با شماره **1-800-442-4014**، **گزینه 4**، **گزینه 7** (TTY 711) تماس حاصل نمائید. می توانید در هریک از مراکز Kaiser Permanente با یک مشاور مالی صحبت کنید.

فرم درخواست کمک مالی (MFA)

نام: _____ شماره پرونده بهداشتی: _____
 تاریخ تولد: ____/____/____ شماره تماس: (____) _____ شماره سوشال سکيوریتی: _____
 آدرس: _____
 شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

تعداد نفرات خانوار: تعداد نفرات اعضای خانواده (با احتساب خود شما) که در خانه شما زندگی می کنند. می تواند شامل همسر یا افراد واجد شرایط اعم از شریک زندگی عرفی، کودکان یا بستگان مراقبت کننده غیر از پدر و مادر باشد.

درآمد خانوار (ماهانه): جمع درآمد ناخالص تمام اعضای خانوار. جلوی تمام انواع درآمد که مصداق دارند علامت بزنید:

- درآمد/دستمزد حاصل از اشتغال
 درآمد حاصل از کسب و کار/املاک تجاری
 مزایای بیکاری/درآمد معلولیت و ناتوانی
 نفقه/حمایت از کودکان
 مستمری یا مقرری بازنشستگی/مستمری سالیانه
 مزایای تأمین اجتماعی/درآمد تکمیلی تأمینی/
 مزایای بازنشستگان نیروهای مسلح

 \$

مخارج مراقبت های بهداشتی و درمانی: جمع تمام هزینه های پرداخت شده شخصی شما در یک دوره 12 ماهه برای خدمات اضطراری یا دارای ضرورت پزشکی ارائه شده توسط Kaiser Permanente یا هر ارائه کننده دیگر مراقبت های بهداشتی و درمانی. شامل فرانشیزها، کارمزدهای متغیر، یا کسورات پرداخت شده برای خدمات واجد شرایط پزشکی، داروخانه یا دندانپزشکی.

 \$

لطفاً تمام اعضای خانوار خود را که برای برنامه درخواست می دهند ذکر کنید.

نام	تاریخ تولد	نسبت	شماره پرونده بهداشتی
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

فاقد بیمه؟ Kaiser Permanente می تواند کمک کند. اگر فاقد پوشش مراقبت های بهداشتی و درمانی هستید، می توانیم کمک تان کنیم تا با گزینه های موجود آشنا شوید. اگر مایل هستید از طرف Kaiser Permanente با شما تماس گرفته شود و گزینه های موجود به شما معرفی گردد، این کادر را علامت بزنید.

 بله، با من تماس بگیرید

من با آگاهی از مجازات ارائه اطلاعات نادرست بدینوسیله اعلام می نمایم که تمام اطلاعات ذکر شده در این فرم درخواست از هر حیث صحیح و درست می باشند. من از این مسئله آگاهم و با آن موافقت دارم که باید هزینه کلیه اقلام و خدمات پزشکی که در برنامه پوشش داده نمی شوند ("مقادیر باقیمانده") و باید به Kaiser Foundation Health Plan و Kaiser Foundation Hospitals پرداخت شوند را به Kaiser Foundation Health Plan و Kaiser Foundation Hospitals پردازم.

امضاء: _____ تاریخ: _____

توجه: Kaiser Foundation Health Plan و Kaiser Foundation Hospitals این حق را برای خود محفوظ می دارند که برای تعیین صلاحیت جهت برنامه های فدرال، ایالتی و برنامه های خصوصی پزشکی، منجمله برنامه MFA از اطلاعات سازمان های گزارش دهنده اعتبار مصرف کنندگان و سایر منابع ثالث اطلاعات استفاده نمایند.