

Программа финансового содействия в покрытии стоимости медицинских услуг Kaiser Permanente (MFA)

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-813-2000** 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.

Программа финансового содействия в покрытии стоимости медицинских услуг Kaiser Permanente (MFA)

Если Вам необходима помощь в оплате полученных либо назначенных Вам медицинских услуг или рецептурных препаратов в учреждении Kaiser Permanente, наша Программа финансового содействия в покрытии стоимости медицинских услуг (Medical Financial Assistance, MFA) может Вам помочь.

Как работает данная программа

- Программа предлагает временные «премии» подходящим по критериям претендентам в целях содействия в оплате услуг здравоохранения. Выплаты рассчитываются в соответствии с финансовыми нуждами участников.
- Содействие предлагается всем пациентам Kaiser Permanente, независимо от наличия у них страхования в Kaiser Permanente.
- Если Ваше участие в программе будет одобрено, в течение определенного периода времени расходы на скорую и необходимую по медицинским показателям помощь, оказанную поставщиками услуг Kaiser Permanente или в учреждениях Kaiser Permanente, будут оплачиваться.

Критерии на участие в программе

Вы должны соответствовать одному из следующих критериев:

1. Валовой доход Вашей семьи должен быть ниже 300% от федерального прожиточного минимума.
2. Медицинские расходы из собственных средств на скорую или необходимую по медицинским показателям помощь, стоматологические услуги и лекарственные препараты за 12-месячный срок составляют 10% или более от валового дохода семьи.
 - Франшиза, со-страхование и неоплачиваемый минимум входят в число медицинских расходов из собственных средств.
 - Стоимость самого страхования, например, ежемесячных страховых взносов, не входит в число медицинских расходов из собственных средств.

Правила в отношении 300% от федерального прожиточного минимума		
Количество членов семьи:	Совокупный доход семьи не должен превышать:	
	Ежемесячно	Ежегодно
1	\$3,190	\$38,280
2	\$4,310	\$51,720
3	\$5,430	\$65,160
4	\$6,550	\$78,600
5	\$7,670	\$92,040
6	\$8,790	\$105,480

У вас возникли вопросы?

Для получения более подробной информации о критериях программы MFA и списка оплачиваемых услуг здравоохранения посетите страницу www.kp.org/mfa/wa.




Посетите страницу aspe.hhs.gov/poverty, чтобы получить информацию о правилах в отношении семей, насчитывающих большее количество человек.

Если у Вас нет страхового полиса, Вам может потребоваться подать заявление на вступление в страховой план.

- Так как программа MFA предоставляет только кратковременную финансовую помощь, мы можем потребовать, чтобы Вы подали документы на получение страхования на длительный срок. В число частных и государственных планов, на которые Вы можете иметь право, входят программа Medicaid и субсидируемые рыночные планы здравоохранения.
- Мы можем попросить Вас предоставить доказательства того, что Вы подали заявку на участие в этих программах, или что Вы получили согласие или отказ. Вы можете иметь право на финансовую помощь по программе MFA, пока Вы ожидаете ответа от одной из других программ.
- Чтобы получить более подробную информацию о существующих планах здравоохранения, на которые Вы можете претендовать, посетите страницу healthcare.gov или позвоните по телефону **1-800-318-2596**.

Как подать заявление

Если Вы соответствуете критериям, Вы можете подать заявление одним из следующих образов.

 Отправьте заявление по почте	<ul style="list-style-type: none">• Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.• Отправьте заявление по почте: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584
 Отправьте заявление по факсу	<ul style="list-style-type: none">• Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.• Отправьте заполненное заявление по факсу: 1-206-877-0640.
 Принесите заявление лично	<ul style="list-style-type: none">• Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.• Принесите заполненное заявление в бизнес-офис или регистратуру любого учреждения Kaiser Permanente.
 Позвоните нам	<ul style="list-style-type: none">• Позвоните по телефону 1-800-442-4014, доб. 4, доб. 7 (линия ТТУ: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по Тихоокеанскому времени.• Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в заявлении MFA на следующей странице.

Важное примечание: если Вы подаете заявление по почте, факсу или хотите принести его лично, удостоверьтесь, что Вы заполнили его как можно исчерпывающе. Любая отсутствующая информация может задержать процесс обработки Вашего заявления.

Чего следует ожидать после подачи заявления

После того, как мы рассмотрим Ваше заявление, Вы получите извещение об одном из следующих решений:

- Ваше заявление было одобрено, и Вы получите финансовую помощь.
- Чтобы завершить процесс рассмотрения Вашего заявления, нам требуется дополнительная информация или документы, которые Вы можете отправить нам по почте или принести лично. В число требуемых документов может входить подтверждение о Ваших доходах или копии документов, свидетельствующих о Ваших медицинских расходах из собственных средств.
- Ваше заявление было отклонено. Вас поставят в известность о причинах отказа, и Вы сможете подать апелляцию, чтобы оспорить наше решение.

Нужна помощь?

Если у Вас есть какие-либо вопросы, или Вам необходима помощь в подаче заявления, звоните по тел. **1-800-442-4014, доб. 4, доб. 7** (линия ТТУ: **711**) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по Тихоокеанскому времени. Вы также можете обратиться к финансовому консультанту в любом учреждении Kaiser Permanente.

Бланк заявления на участие в программе финансового содействия в покрытии стоимости медицинских услуг Kaiser Permanente (MFA)

Имя и фамилия: _____ Номер медицинской карты: _____

Дата рождения: ____/____/____ Контактный номер телефона: (____) _____

Номер социального страхования: _____-_____-_____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Количество человек в семье: количество всех проживающих в доме человек (включая Вас). В это число могут быть включены супруг(а), гражданский партнер, отвечающий критериям, дети, родственник-опекун, и т.д.

Семейный доход (ежемесячно): валовой доход всех членов семьи. Отметьте ВСЕ источники дохода:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Доход с места работы / заработная плата | <input type="checkbox"/> Алименты от супруга / пособие на детей |
| <input type="checkbox"/> Доход от бизнеса / доход от аренды недвижимости | <input type="checkbox"/> Пособие или пенсия / ежегодное пособие |
| <input type="checkbox"/> Пособие по безработице / пособие по инвалидности | <input type="checkbox"/> Пособие по социальному страхованию / дополнительный доход по соц. обеспечению / пособие ветерану |

\$ _____

Медицинские расходы: все расходы из собственных средств за 12 месяцев на скорую и необходимую по медицинским показателям помощь, оказанную поставщиками услуг Kaiser Permanente или в любыми другими поставщиками услуг. Сюда могут входить расходы на оплату франшизы, первоначального взноса, со-страхования и неоплачиваемого минимума на одобренные медицинские, фармацевтические или стоматологические услуги.

\$ _____

Укажите всех членов семьи, кто будет участвовать в программе.

Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	Номер медицинской карты
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Не застрахованы? Kaiser Permanente может помочь. Если у Вас нет страхового полиса, мы поможем Вам разобраться в существующих вариантах страхования. Отметьте в этом квадрате, если Вы хотите, чтобы представитель Kaiser Permanente связался с Вами и обсудил Ваш выбор.

Да, позвоните мне

Настоящим я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вся указанная в данном заявлении информация является достоверной и точной во всех отношениях. Я также понимаю и соглашаюсь, что несу ответственность перед организацией Kaiser Foundation Health Plan и Kaiser Foundation Hospitals за все задолженности Kaiser Foundation Health Plan и Kaiser Foundation Hospitals за медицинские товары и услуги, не покрываемые в рамках программы (раздел «Сумма остатка»).

Подпись: _____ Дата: _____

Примечание: организация Kaiser Foundation Health Plan и Kaiser Foundation Hospitals сохраняет за собой право на получение информации от кредитных агентств и других независимых источников информации в целях определения моего соответствия условиям государственных медицинских программ, программ штата и частных медицинских программ, включая программу MFA.