

# โปรแกรมผู้ช่วยทางการเงินด้านการแพทย์ (MFA) ของ 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.

# โปรแกรมผู้ช่วยทางการเงินด้านการแพทย์ (MFA) ของ Kaiser Permanente

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพหรือใบสั่งยาที่คุณได้รับ หรือตารางการ นัดที่คุณได้รับ จาก Kaiser Permanente โปรแกรม ผู้ช่วยการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA) ของเราสามารถ ช่วยคุณได้

## การทำงานของโปรแกรม

- โปรแกรมให้ “ค่าตอบแทน” ชั่วคราว เพื่อช่วยผู้สมัครที่มีคุณสมบัติจ่ายค่ารักษาโดยขึ้นอยู่กับความต้องการทางการเงินของพวกเขา
- มีให้บริการแก่ผู้ป่วยของ Kaiser Permanente ทุกคน ไม่ว่าจะสมาชิกหรือไม่ก็ตาม
- หากได้รับค่าตอบแทน โปรแกรมจะครอบคลุมไปถึงการรักษาฉุกเฉินหรือทางการแพทย์ที่จำเป็นจาก Kaiser Permanente ผู้ให้บริการหรือสถานที่ให้บริการของ Kaiser Permanente ในช่วงเวลาที่กำหนด

## คุณสมบัติที่ต้องมี

คุณต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อใดข้อหนึ่งตามที่กำหนดดังต่อไปนี้\*

1. รายได้รวมครัวเรือนของคุณต้องไม่เกิน 400% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง

**\*หมายเหตุ:** หากรายได้รวมครัวเรือนของคุณเกิน 400% ของความยากจนของรัฐบาลกลางและ/หรือการเป็นสมาชิกกับ Kaiser Permanente เข้ากับแผนใน แคลิฟอร์เนีย คุณต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างล่างต่อไปนี้

2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคุณทั้งแบบฉุกเฉินหรือการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ การรักษาทางทันตกรรม และ ทางยาในช่วงระยะเวลาเกินกว่า 12 เดือนคือ เท่ากับหรือมากกว่า 10% ของรายได้รวมครัวเรือนของคุณ
  - ค่าใช้จ่ายรวมไปถึง การรวมจ่ายประกัน การหักประกันร่วม และ การชำระเงินแบบหักลดหย่อน
  - ค่าใช้จ่ายที่ไม่รวมการจ่ายใด ๆ สำหรับแผนสุขภาพของคุณเอง อย่างเช่น ระดับพรีเมียมแบบรายเดือนของคุณ

## หากคุณไม่มีประกันสุขภาพ คุณอาจจะถูกขอให้สมัคร

- เนื่องจากโปรแกรม MFA ให้ค่าตอบแทนทางการเงินชั่วคราวเท่านั้น คุณอาจจะถูกขอให้สมัครเพื่อให้ครอบคลุมสิ่งเหล่านั้น ซึ่งจะครอบคลุมให้คุณในระยะยาว ซึ่งจะรวมไปถึงโปรแกรมสุขภาพของทางรัฐหรือเอกชนที่คุณมีสิทธิ์ได้รับ - เช่น Medi-Cal หรือแผนเสริมที่มีให้ในตลาดประกันสุขภาพ
- เราอาจให้คุณแสดงหลักฐานว่าคุณได้สมัครโปรแกรมเหล่านี้แล้ว หรือคุณได้รับการอนุมัติ หรือถูกพวกเขาปฏิเสธ แต่คุณยังจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากโปรแกรม MFA ในขณะที่รอการตัดสินใจจากโปรแกรมอื่น ๆ เหล่านี้

### 400% ของแนวทางความยากจนตาม รัฐบาลกลางปี 2022 (FPG)

หากขนาด ครัวเรือน ของคุณคือ:	รายได้ครัวเรือนของ คุณต้อง ไม่มากกว่า:	
	รายเดือน	รายปี
1	\$4,530	\$54,360
2	\$6,103	\$73,240
3	\$7,677	\$92,120
4	\$9,250	\$111,000
5	\$10,823	\$129,880
6	\$12,397	\$148,760

เข้าไปที่ [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) เพื่อค้นหาหลักเกณฑ์ สำหรับครัวเรือนขนาดใหญ่






### หากคุณมีคำถาม

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณสมบัติของโปรแกรม MFA หรือเพื่อดูบริการทางด้านสุขภาพที่ต้องจ่าย เข้าไปที่ [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal) หรือโทร **1-800-390-3507** (TTY 711).

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคุ้มครองการดูแลสุขภาพ สอบถามได้ที่เบอร์ **1-800-479-5764** (TTY 711).

## วิธีการสมัคร

หากคุณสมัครของคุณเป็นไปตามที่กำหนด คุณสามารถสมัครได้จากทุกทางต่อไปนี้

 <b>ออนไลน์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัครของ MFA ทางออนไลน์ได้ที่ <a href="http://www.kp.org/mfa/ncal">www.kp.org/mfa/ncal</a></li> <li>เตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดตามรายการในใบสมัครของ MFA ในหน้าต่อไปนี้</li> </ul>
 <b>ทางไปรษณีย์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้</li> <li>ส่งใบสมัครที่กรอก สมบูรณ์ แล้วไปที่ Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li> </ul>
 <b>แฟกซ์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้</li> <li>แฟกซ์ ใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วไปที่ <b>1-800-687-9901</b></li> </ul>
 <b>ส่งด้วยตัวเอง</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้</li> <li>ส่งใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วดำเนินการทางด้านการเงินของผู้ป่วยได้ทุก ๆ สถานพยาบาลของ Kaiser Permanente</li> </ul>
 <b>โทรหาเรา</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ติดต่อเราได้ทีเบอร์ <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b> จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. PST</li> <li>เตรียมให้ข้อมูลตามรายการในใบสมัครของ MFA ที่หน้าถัดไป</li> </ul>

**สำคัญมาก:** หากสมัครผ่านทางจดหมายหรือแฟกซ์ หรือ ส่งใบสมัครด้วยตัวเอง กรุณากรอกข้อมูลในใบสมัครให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หากข้อมูลตกหล่นอาจทำให้กระบวนการสมัครล่าช้า

### สิ่งที่ควรคาดหวังหลังจากการสมัคร

หลังจากที่เราได้ตรวจสอบใบสมัครที่สมบูรณ์ของคุณแล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงผลลัพธ์ต่อไปนี้:

- ใบสมัครของคุณได้รับการอนุมัติและคุณจะได้รับคำตอบแทนทางการเงิน
- เพื่อการสมัครของคุณเสร็จสมบูรณ์ เราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือเอกสาร ซึ่งคุณสามารถส่งให้เราได้ทางไปรษณีย์หรือเอามาให้ด้วยตัวเอง และจะรวมไปถึงเอกสารยืนยันรายได้หรือสำเนาค่าใช้จ่ายของคุณ
- การสมัครของคุณถูกปฏิเสธและเหตุผลที่ถูกปฏิเสธ ในกรณีนี้คุณสามารถอุทธรณ์การตัดสินใจของเราได้

### ต้องการความช่วยเหลือใช่ไหม

หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร กรุณาติดต่อที่เบอร์ **1-800-390-3507 (TTY 711)** วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. PST นอกจากนี้คุณยังสามารถพูดคุยกับที่ปรึกษาทางการเงินได้ทุกสาขาของ Kaiser Permanente

## ใบสมัครโปรแกรมผู้ช่วยทางการเงินด้านการแพทย์ (MFA)

ชื่อ: \_\_\_\_\_ บันทึกทางการแพทย์#: \_\_\_\_\_

วันเกิด: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ เบอร์ติดต่อ#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

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

**ขนาดครัวเรือน:** จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยในบ้าน(รวมตัวคุณ) อาจจะรวมถึงคู่สมรส หรือคู่ที่อยู่กันด้วยกัน บุตร และญาติผู้ดูแลที่ไม่ใช่พ่อแม่ เป็นต้น

**รายได้ครัวเรือน(รายได้เงิน):** รายได้รวมทั้งหมดของสมาชิกครอบครัวใน ครัวเรือน  
ดูประเภทของรายได้ทั้งหมดเพื่อการสมัคร:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> รายได้จากการจ้างงาน / ค่าจ้าง            | <input type="checkbox"/> ค่าเลี้ยงดู / ค่าเลี้ยงดูบุตร                              |
| <input type="checkbox"/> รายได้จากธุรกิจ / อสังหาริมทรัพย์ให้เช่า | <input type="checkbox"/> งานบ้านนายหรือเกษียณอายุ / รายปี                           |
| <input type="checkbox"/> เงินชดเชยการว่างงาน / รายได้คนพิการ      | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม / ประกัน รายได้เสริม /<br>สวัสดิการทหารผ่านศึก |

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

**ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ:** ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่คุณมีในระยะเวลา 12 เดือน  
สำหรับเหตุฉุกเฉินหรือบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นที่ให้คุณโดย Kaiser Permanente  
หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ อาจรวมไปถึงการชำระเงินร่วม เงินมัดจำ ค่าใช้จ่าย  
ร่วมกัน หรือการหักเงินที่จ่ายสำหรับสิทธิ์ทางการแพทย์ ทางยา หรือ บริการทันตกรรม

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

**กรุณาใส่สมาชิกในครอบครัวของครัวเรือนคุณทุกคนเมื่อทำการสมัครโปรแกรม**

ชื่อ	วันเกิด	ความสัมพันธ์	บันทึกทางการแพทย์ #
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____

**ไม่มีประกันใช้ไหม Kaiser Permanente ช่วยคุณได้** หากคุณไม่มีความคุ้มครองดูแล  
สุขภาพ, เราสามารถช่วยให้คุณเข้าใจในตัวเลือกได้ กาเครื่องหมายถูกช่องนี้หากคุณ  
ต้องการให้ Kaiser Permanente ติดต่อคุณเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือก

ใช่, ติดต่อฉัน

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นในใบสมัครนี้เป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วนทุกประการ ข้าพเจ้ารับทราบและ  
ตกลงว่าต้องรับผิดชอบต่อแผน Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals สำหรับเงินจำนวนทั้งหมดที่มาจาก  
Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals สำหรับสินค้า และบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิ์ภายใต้โปรแกรมนี้  
("จำนวนเงินคงเหลือ")

ลงชื่อ: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_

**หมายเหตุ:** Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ขอสงวนสิทธิ์เพื่อใช้ข้อมูลจากหน่วยงานรายงานเครดิตผู้  
บริโภคและแหล่งข้อมูลจากบุคคลที่สามเพื่อกำหนดคุณสมบัติสำหรับรัฐบาลกลาง รัฐ และโปรแกรมทางการแพทย์เอกชน รวม  
ไปถึง MFA โปรแกรม