

תוכנית KAISER PERMANENTE לסיוע פיננסי רפואי (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.

תוכנית KAISER PERMANENTE לסיוע פיננסי רפואי (MFA)

אם אתה זקוק לעזרה בתשלום עבור שירותי בריאות או מרשמים שקיבלת, או שאתה אמור לקבל, מ- Kaiser Permanente, התוכנית לסיוע פיננסי רפואי (MFA) שלנו עשויה לעזור לך.

איך התוכנית עובדת

- התוכנית מציעה "מענקים" זמניים שיעזרו לפונים מתאימים לשלם עבור טיפול על פי צרכיהם הכספיים.
- זה זמין לכל חולי Kaiser Permanente, בין אם אתה חבר ובין אם לא.
- במקרה של זכייה במענק, התוכנית תכסה טיפול חירום או טיפול רפואי הכרחי מספקי קייזר פרמננטה או במתקני קייזר פרמננטה לתקופת זמן מוגדרת.
- המענק לא ניתן עבור טיפולי בריאות שסופקו וחויבו מחוץ ל-Kaiser Permanente.

איך להגיש מועמדות

עליך לעמוד באחת מדרישות הזכאות הבאות:

1. הכנסת משק הבית ברוטו שלך אינה יותר מ-400% מרמת העוני הפדרלית.

או

2. עלויות הבריאות שלך שיוצאות מכיסך עבור טיפולי חירום או צורך רפואי, טיפולי שיניים ותרופות במשך 12 חודשים שווים או עולים על 10% מההכנסה הביתית ברוטו שלך.

- עלויות שיוצאות מכיסך וכוללות תשלומי פרמיה ביטוחי לוויתול ותשלומי השתתפות עצמית.
- עלויות שיוצאות מכיסך ואינן כוללות תשלומים עבור תוכנית הבריאות שלך עצמה, כמו הפרמיה החודשית שלך.

אם אין לך ביטוח בריאות, ייתכן שתידרש להגיש בקשה.

- מכיוון שתוכנית ה-MFA מספקת מענקים כספיים זמניים בלבד, אנו עשויים לדרוש ממך להגיש בקשה לכיסוי שיכסה אותך בטווח הארוך. זה יכול לכלול כל תכניות בריאות ציבוריות או פרטיות אחרות שאתה זכאי להן - כמו Medi-Cal ותכניות אחרות מסובסדות הקיימות בשוק ביטוחי הבריאות.
- אנו עשויים לבקש ממך להראות הוכחה שהגשת בקשה לתכניות אלה או שאושרת או נדחית על ידן. אך ייתכן שתוכל עדיין לקבל עזרה כספית מתכנית ה-MFA בזמן שתמתין להחלטה מתכניות אחרות אלה.

הנחיות העוני הפדרליות (Federal Poverty Guidelines, FPG) לשנת 2023		
מענק בשיעור של 50% עבור הכנסה חודשית ברוטו של משק בית בשיעור של 201% ל-400% מ-FPG	מענק בשיעור של 100% עבור הכנסה חודשית ברוטו של משק בית בשיעור של 200% מ-FPG או מתחת	אם גודל משק הבית / המשפחה שלך הוא:
\$2,431 עד \$4,860	\$2,430	1
\$3,288 עד \$6,573	\$3,287	2
\$4,144 עד \$8,287	\$4,143	3
\$5,001 עד \$10,000	\$5,000	4
\$5,858 עד \$11,713	\$5,857	5
\$6,714 עד \$13,427	\$6,713	6

בקר ב- aspe.hhs.gov/poverty כדי למצוא את ההנחיות למשקי בית גדולים יותר.

- אנו עשויים לבקש ממך להראות הוכחה שהגשת בקשה לתכניות אלה או שאושרת או נדחית על ידן. אך ייתכן שתוכל עדיין לקבל עזרה כספית מתכנית ה-MFA בזמן שתמתין להחלטה מתכניות אחרות אלה.

אם יש לך שאלות

או למידע נוסף עבור הזכאות לתכנית MFA, או כדי לראות על אילו שירותי בריאות היא משלמת, בקר בכתובת www.kp.org/mfa/ncal, או התקשר למספר **1-800-390-3507 (TTY 711)**.

למידע נוסף עבור כיסויי בריאות, התקשר אלינו למספר **1-800-479-5764 (TTY 711)**.

איך להגיש בקשה

אם אתה עומד בדרישות הזכאות, תוכל להגיש בקשה בכל אחת מהדרכים הללו.

<ul style="list-style-type: none"> השלם את בקשת MFA באופן מקוון www.kp.org/mfa/ncal היה מוכן לספק את כל המידע המופיע ביישום ה-MFA בעמוד הבא. 	<p>ברשת</p> 
<ul style="list-style-type: none"> השלם את הגשת בקשת ה-MFA בדף הבא. שלח פקס עם בקשתך המלאה למספר 1-800-687-9901. 	<p>שלח פקס</p> 
<ul style="list-style-type: none"> השלם את הגשת בקשת ה-MFA בדף הבא. שלח את בקשתך המלאה אל: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598 	<p>שלח בדואר</p> 
<ul style="list-style-type: none"> השלם את הגשת בקשת ה-MFA בדף הבא. הנח את הבקשה שהושלמה במחלקת התפעול הכלכלי למטופל בכל מתקן Kaiser Permanente. 	<p>הנח את זה</p> 

חשוב: כאשר מגישים בקשה בדואר או בפקס, או מגישים את הבקשה באופן אישי, אנא הקפד למלא את הבקשה ככל שתוכל. כל מידע חסר עלול לעכב את תהליך הבקשה.

למה לצפות לאחר הגשת הבקשה

- לאחר שנבדוק את בקשתך השלמה, נודיע לך על אחת מהתוצאות הבאות תוך שלושים (30) יום מקבלתה:
- אם בקשתך תאושר, תקבל מכתב המודיע לך על המענק הכספי המגיע לך.
- אם הבקשה שלך לא שלמה, תקבל מכתב המסביר את המידע הדרוש לעיבוד הבקשה שלך. באפשרותך לשלוח את המידע המבוקש בדואר או למוסרו באופן אישי; זה יכול לכלול הוכחת הכנסה או העתקים של חשבונות הוצאותיך.
- אם בקשתך נדחתה, תקבל מכתב המודיע לך מדוע היא נדחתה, ובמקרה זה תוכל לערער על החלטתנו.

צריך עזרה?

אם יש לך שאלות כלשהן או שאתה זקוק לעזרה עם הבקשה שלך או שאתה צריך לבדוק את סטטוס הבקשה שלך, אנא התקשר למספר **1-800-390-3507 (TTY 711)**, שני עד שישי, 8:00 בבוקר עד 17:00, PST. אתה יכול גם לדבר עם יועץ פיננסי בכל מקום של Kaiser Permanente.

יישום תוכנית סיוע פיננסי רפואי (MFA)

שם: _____ רישום רפואי #: _____

תאריך לידה: ____/____/____ מספר קשר: (____) _____ מס' תעודת זהות (SSN): _____ - _____ - _____

כתובת: _____

עיר: _____ מדינה: _____ מיקוד: _____

גודל משק הבית: מספר בני המשפחה (כולל אותך) שגרים בבית. יכול לכלול בן זוג או בן / בת זוג מוסמך, ילדים, קרוב משפחה שאינו הורה וכו' _____

הכנסה ממשק בית (חודשי): סך ההכנסה ברוטו לכל בני המשפחה במשק הבית. בדוק את כל סוגי ההכנסות שנכללות: _____

הכנסה / שכר עבודה מזונות/קצבת ילדים

הכנסה עסקית / השכרת נכס פנסיה/ קצבת זקנה

דמי אבטלה / קצבת נכות ביטוח לאומי / הכנסה משלימה מביטוח /

קצבת יוצא צבא

\$ _____

עלויות שירותי בריאות: סך כל ההוצאות הכספיות שהיו לך במשך 12 חודשים לתקופת חירום או שירותים הכרחיים מבחינה רפואית הניתנים על ידי קייזר פרמננטה או כל ספק שירותי בריאות אחר. עשוי לכלול הפניות חוזרות, פיקדונות, ביטוח מטבע או תשלומי השתתפות עצמית עבור שירותי רפואה, בתי מרקחת או טיפולי שיניים. _____

\$ _____

אנא רשום את כל בני ביתך המגישים מועמדות לתוכנית.

שם	תאריך לידה	קשר	רשומה רפואית #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

אם אין לך כיסוי רפואי, נוכל לעזור לך להבין מה האפשרויות שלך. סמן את התיבה הזו אם תרצה ש-Kaiser Permanente תיצור איתך קשר כדי לדון באפשרויות שלך או שתוכל להתקשר אלינו למספר **1-800-479-5764 (TTY 711)** כדי לקבל הצעת מחיר. _____

כן, צור איתי קשר

אני מצהיר בזאת שכל המידע המפורט לעיל בבקשה זו נכון, מדויק ושולם מכל הבחינות. אני גם מאשר ומסכים כי אני זכאי ל-Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals על כל הסכומים המגיעים ול-Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals עבור מוצרים רפואיים ושירותים רפואיים שאינם ניתנים במסגרת התוכנית ("הסכומים הנותרים").

חתימה: _____ תאריך: _____

הערה: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals שומרת לעצמה את הזכות להשתמש במידע של סוכנויות דיווח אשראי צרכני וממקורות מידע אחרים של צד שלישי כדי לקבוע את הזכאות לתכניות רפואיות פדרליות, ממלכתיות ופרטיות, כולל תוכנית ה-MFA.