

## برنامج المساعدة المالية للرعاية الطبية (MFA) من Kaiser Permanente

---

### HELP IN YOUR LANGUAGE

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

## برنامج المساعدة المالية للرعاية الطبية (MFA) من Kaiser Permanente

إذا كنت بحاجة للمساعدة في دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية التي وصفت لك أو التي من المقرر أن توصف لك من خلال Kaiser Permanente، فإن برنامج المساعدة المالية للرعاية الطبية (Medical Financial Assistance, MFA) قد يكون قادراً على مساعدتك.

### كيفية عمل البرنامج

- يقدم البرنامج "منح" مؤقتة لمساعدة المتقدمين المؤهلين على الدفع مقابل الرعاية بناءً على حاجتهم المالية.
- وهو متوفر لكافة مرضى Kaiser Permanente، سواء كنت عضواً أم لا.
- في حال منح المساعدة، سيقوم البرنامج بتغطية تكاليف الرعاية في قسم الطوارئ أو الرعاية التي تعتبر ضرورة طبية التي يقدمها مقدمو الرعاية لدى Kaiser Permanente أو في مرافق Kaiser Permanente لفترة محددة من الوقت.

### كيفية التأهل

يجب أن تحقق متطلبات الأهلية التالية:

1. يجب ألا يزيد إجمالي دخلك الأسري عن 300% من مستوى خط الفقر الفدرالي.

توجيهات خط الفقر الفيدرالي (Federal Poverty Guidelines, FPG) لعام 2022			
يجب ألا يتجاوز دخل أسرتك:			إذا كان عدد أفراد أسرتك:
منح 50% لإجمالي الدخل السنوي بين 251% و300% من خط الفقر الفيدرالي	منح 75% لإجمالي الدخل السنوي بين 201% و250% من خط الفقر الفيدرالي	منح 100% لإجمالي الدخل السنوي عند 200% من خط الفقر الفيدرالي أو أقل من ذلك	
من 33,976 إلى 40,770 دولاراً	من 27,181 إلى 33,975 دولاراً	حتى 27,180 دولاراً	1
من 45,776 إلى 54,930 دولاراً	من 36,621 إلى 45,775 دولاراً	حتى 36,620 دولاراً	2
من 57,576 إلى 69,090 دولاراً	من 46,061 إلى 57,575 دولاراً	حتى 46,060 دولاراً	3
من 69,376 إلى 83,250 دولاراً	من 55,501 إلى 69,375 دولاراً	حتى 55,500 دولاراً	4
من 81,176 إلى 97,410 دولارات	من 64,941 إلى 81,175 دولاراً	حتى 64,940 دولاراً	5
من 92,976 إلى 111,570 دولاراً	من 74,381 إلى 92,975 دولاراً	حتى 74,380 دولاراً	6

قم بزيارة [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) للعثور على التوجيهات للأسر الأكثر عدداً.

2. أن يكون مقدار ما تدفعه من مالك الخاص مقابل رعاية قسم الطوارئ والرعاية الضرورية طبياً ورعاية الأسنان والأدوية خلال فترة 12 شهراً تساوي أو تزيد عن 10% من دخل أسرتك الإجمالي.

- تتضمن التكاليف التي تدفع من مالك الخاص الدفعات المشتركة والتأمين المشترك ودفعات الاقتطاعات.
- لا تتضمن التكاليف التي تدفعها من مالك الخاص أي دفعات مقابل خطتك الصحية بحد ذاتها مثل قسطك الشهري.

إذا لم يكن لديك تأمين طبي، قد يكون مطلوباً منك التقدم للحصول عليه.

- لأن برنامج MFA يقدم فقط منح مساعدة مالية مؤقتة، فقد نطلب منك التقدم للحصول على تغطية تؤمن لك تغطية التكاليف على المدى البعيد. وهذا يتضمن أي برامج حكومية أو خاصة تكون مؤهلاً لها — مثل Medicaid أو الخطط المدعومة المتوفرة في أسواق التأمين الصحي.
- قد نطلب منك إظهار إثبات بأنك قدمت طلباً للحصول على هذه البرامج أو أنهم قاموا بالموافقة على طلبك أو رفضه. ومع ذلك فقد يكون لا يزال بمقدورك الحصول على المساعدة المالية من برنامج MFA خلال فترة انتظار قرار من هذه البرامج الأخرى.

### هل لديك أسئلة؟

للحصول على المزيد من المعلومات بخصوص التأهل لبرنامج MFA أو لمعرفة خدمات الرعاية الصحية التي يدفع مقابلها، يرجى زيارة [www.kp.org/mfa/wa](http://www.kp.org/mfa/wa) أو الاتصال على الرقم **1-800-442-4014 (TTY 711)**؛ من يوم الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً.

للحصول على المزيد من المعلومات عن تغطية الرعاية الصحية، اتصل بنا على الرقم **1-800-479-5764 (TTY 711)**.

## كيفية تقديم طلب

إذا كنت تحقق متطلبات الأهلية، فيمكنك تقديم الطلب من خلال واحدة من هذه الطرق.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• قم باستكمال طلب MFA عبر الإنترنت على <a href="http://www.kp.org/mfa/wa">www.kp.org/mfa/wa</a></li> <li>• كن مستعداً لتقديم كافة المعلومات المدرجة على طلب MFA على الصفحة التالية.</li> </ul>	<p>عبر الإنترنت</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• قم بتعبئة طلب MFA الموجود على الصفحة التالية.</li> <li>• أرسل طلبك المكتمل بالبريد إلى: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584</li> </ul>	<p>أرسل الطلب بالبريد</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• قم بتعبئة طلب MFA الموجود على الصفحة التالية.</li> <li>• أرسل طلبك المكتمل بالفاكس إلى الرقم <b>1-206-877-0640</b>.</li> </ul>	<p>أرسله بالفاكس</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• قم بتعبئة طلب MFA الموجود على الصفحة التالية.</li> <li>• قم بتوصيل طلبك المكتمل شخصياً إلى المكتب الأعمال التجارية أو قسم الاستقبال في أي من منشآت Kaiser Permanente.</li> </ul>	<p>أوصل الطلب شخصياً</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل بنا على الرقم <b>1-800-442-4014</b>, (TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ (Pacific Standard Time, PST).</li> <li>• كن مستعداً لتقديم المعلومات المدرجة على طلب MFA على الصفحة التالية.</li> </ul>	<p>اتصل بنا</p> 

**مهم:** عندما تقدم الطلب بالبريد أو الفاكس أو تقوم بتوصيل الطلب شخصياً، يُرجى التأكد من تعبئة الطلب قدر المستطاع. أي معلومات غير موجودة قد تؤخر البت في الطلب.

### ماذا يجب أن تتوقع بعد أن تقدم الطلب

بعد أن نقوم بمراجعة طلبك المكتمل، سنبلغك بواحدة من النتائج التالية:

- تمت الموافقة على طلبك وستمنح المساعدة المالية.
- لاستكمال طلبك، نحتاج المزيد من المعلومات أو الأوراق والتي يمكنك أن ترسلها بالبريد أو أن توصلها شخصياً؛ وهذه المعلومات قد تتضمن وثيقة إثبات الدخل أو نسخاً عن النفقات التي تدفعها من مالك الخاص.
- تم رفض طلبك وسبب رفضه، وفي هذه الحالة يمكنك الطعن في القرار.

### هل تحتاج إلى مساعدة؟

إذا كانت لديك أية أسئلة أو إذا كنت تحتاج إلى مساعدة بخصوص طلبك، يُرجى الاتصال بالرقم **1-800-442-4014** (TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً إلى الساعة 5 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ (PST). يمكنك أيضاً التحدث إلى مستشار مالي في أي من مواقع Kaiser Permanente.

## طلب المساعدة المالية للرعاية الطبية (MFA)

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ رقم الاتصال: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

المدينة: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

**حجم الأسرة:** عدد أفراد أسرتك (بما في ذلك أنت) الذين يعيشون في بيتك. قد يتضمن ذلك زوج أو زوجة أو شريك منزلي مؤهل أو الأطفال أو أحد الأقارب ممن يقدمون الرعاية غير الأبوين إلخ.

**دخل الأسرة (شهرياً):** مجموع الدخل الإجمالي لكافة أعضاء الأسرة في المنزل. ضع إشارة بجانب كافة أنواع الدخل التي تنطبق:

دخل وظيفي/أجور  نفقة زوجة مطلقة/إعالة طفل

دخل تجاري/تأجير عقارات  المعاش أو التقاعد/الأقساط السنوية

مستحقات البطالة/دخل الإعاقة  دخل الضمان الاجتماعي/الضمان التكميلي/

مستحقات المحاربين القدامى

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

**تكاليف الرعاية الصحية:** مجموع التكاليف التي تدفعها من مالك الخاص خلال فترة 12 شهراً مقابل الرعاية التي تتلقاها في قسم الطوارئ أو الرعاية التي تتلقاها كضرورة طبية من خلال Kaiser Permanente أو أي مقدم رعاية صحية آخر. وهذه قد تتضمن الدفعات المشتركة والإيداعات والتأمين المشترك أو دفعات الاقتطاعات للخدمات الطبية أو خدمات الصيدلية أو خدمات رعاية الأسنان المؤهلة.

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

يرجى إدراج أسماء كافة أفراد أسرتك المتقدمين للبرنامج.

الاسم	تاريخ الميلاد	الصلة	رقم السجل الطبي
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**هل أنت غير مؤمن؟ تستطيع Kaiser Permanente أن تقدم المساعدة.** إذا لم يكن لديك تغطية لتكاليف الرعاية الصحية، يمكننا مساعدتك على فهم الخيارات المتاحة لك. ضع إشارة في هذا المربع إذا كنت ترغب بأن تتصل Kaiser Permanente بك لمناقشة خيار اتك.

نعم، اتصلوا بي.

أقر بموجبه بأن كافة المعلومات المذكورة أعلاه في هذا الطلب صحيحة ودقيقة ومكتملة من جميع النواحي. أقر أيضاً وأوافق على أنني أتحمّل المسؤولية أمام مؤسسة Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ومستشفياتها عن كافة المبالغ المستحقة لصالح مؤسسة Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ومستشفياتها مقابل اللوازم والخدمات الطبية التي لا يغطيها البرنامج ("المبالغ المتبقية").

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

**ملاحظة:** تحتفظ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals بحق استخدام معلومات صادرة عن وكالات الإبلاغ الإئتماني للمستهلكين ومصادر معلومات من طرف ثالث لتحديد الأهلية للبرامج الطبية الفيدرالية، والتابعة للولاية، والبرامج الطبية الخاصة بما في ذلك برنامج MFA.