

## Kaiser Permanente (MFA) 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 **1-800-464-4000** 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.

## برنامه کمک مالی پزشکی (MFA) Kaiser Permanente

اگر برای پرداخت هزینه خدمات مراقبت سلامت یا نسخه‌های دریافت شده یا آتی از Kaiser Permanente نیاز به کمک دارید، برنامه کمک مالی پزشکی (Medical Financial Assistance, MFA) ما ممکن است بتواند به شما کمک کند.

### شرح جزئیات برنامه

- این برنامه «کمک‌های» موقت را برای متقاضیان واجد شرایط ارائه می‌کند تا بسته به نیاز مالی‌شان، در پرداخت هزینه مراقبت‌ها کمک دریافت کنند.
- این برنامه برای تمام بیماران Kaiser Permanente است، چه عضو باشند و چه عضو نباشند.
- در صورت اعطای کمک، برنامه مراقبت‌های اضطراری یا مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی ارائه‌شده از سوی خدمات‌دهندگان Kaiser Permanente یا از سوی مراکز Kaiser Permanente را برای مدت زمان مشخص پوشش خواهد داد.

### نحوه احراز صلاحیت

شما باید یکی از شرایط احراز صلاحیت زیر را داشته باشید\*:

1. درآمد ناخالص خانوار شما از 400% خط فدرال فقر بیشتر نباشد.  
\*توجه: اگر درآمد ناخالص خانوار شما بیش از 400% خط فدرال فقر است و/یا از اعضای Kaiser Permanente با برنامه دارای کسورات در کالیفرنیا هستید، باید معیار زیر را دارا باشید.

2. هزینه‌های پرداخت‌شده شخصی شما برای مراقبت‌های سلامت جهت مراقبت‌های اضطراری یا مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی، مراقبت‌های دندانپزشکی و دارو در یک دوره 12 ماهه برابر یا بیشتر از 10% درآمد ناخالص خانوار شما هستند.  
o هزینه‌های پرداخت‌شده شخصی، پرداخت مشترک، بیمه مشترک و پرداخت‌های دارای کسورات را در بر می‌گیرد.  
o پرداخت‌هایی که برای خود برنامه مراقبت‌های سلامت خود می‌کنید، مانند حق بیمه ماهیانه جزء هزینه‌های شخصی محسوب نمی‌شوند.

اگر بیمه سلامت ندارید، شاید ملزم باشید که برای آن درخواست بدهید.

از آنجایی که برنامه MFA فقط کمک‌های مالی موقت ارائه می‌کند، شاید از شما بخواهیم برای پوشش بلندمدت نیز اقدام کنید. این می‌تواند شامل هر یک از برنامه‌های خصوصی سلامت باشد که واجد شرایط آن هستید - مانند Medi-Cal یا برنامه‌های سوبسیدی که در بازارهای بیمه سلامت عرضه شده‌اند.

شاید از شما بخواهیم مدارکی ارائه کنید که نشان دهد برای این برنامه‌ها درخواست داده‌اید یا اینکه درخواست شما مورد پذیرش قرار گرفته یا رد شده است. ولی حتی در طول مدتی که منتظر اعلام تصمیم این برنامه‌های دیگر هستید، شاید بتوانید از برنامه MFA کمک مالی دریافت کنید.

### مقررات 400% خط فقر فدرال 2022 (FPG)

درآمد خانوار شما نباید از این مقدار بیشتر باشد:		اگر تعداد نفرات خانوار شما این است:
ماهانه	سالانه	
\$4,530	\$54,360	1
\$6,103	\$73,240	2
\$7,677	\$92,120	3
\$9,250	\$111,000	4
\$10,823	\$129,880	5
\$12,397	\$148,760	6

برای آگاهی از معیارها و ضوابط برای خانوارهای پرجمعیت‌تر، به [aspe.hhs.gov/poverty](https://www.aspe.hhs.gov/poverty) مراجعه کنید.

### آیا سؤالی دارید؟

برای اطلاعات بیشتر درباره واجد شرایط بودن برای برنامه MFA یا دیدن خدمات مراقبت سلامت که هزینه‌هایشان را پرداخت می‌کند، از وبسایت [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal) بازدید کنید یا با شماره **1-800-390-3507 (TTY 711)** تماس بگیرید.  
برای اطلاعات بیشتر درباره پوشش مراقبت سلامت، با ما با شماره **1-800-479-5764 (TTY 711)** تماس بگیرید.

## نحوه درخواست

اگر معیارهای صلاحیت را دارا هستید، می‌توانید به یکی از این روش‌ها درخواست خود را ارائه کنید.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• تکمیل درخواست MFA به صورت آنلاین <a href="http://www.kp.org/mfa/scal">www.kp.org/mfa/scal</a></li> <li>• لطفاً آماده باشید که تمام اطلاعات ذکر شده در درخواست MFA در صفحه بعد را ارائه کنید.</li> </ul>	<p>آنلاین </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت پاسیفیک (Pacific Standard Time, PST) با ما به شماره <b>1-800-390-3507</b> (TTY 711) تماس بگیرید.</li> <li>• لطفاً آماده باشید که اطلاعات ذکر شده در درخواست MFA در صفحه بعد را ارائه کنید.</li> </ul>	<p>تماس با ما </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• فرم درخواست MFA را در صفحه بعد پر کنید.</li> <li>• فرم درخواست تکمیل شده خود را به شماره <b>1-866-519-1693</b> فکس کنید.</li> </ul>	<p>فکس کردن فرم </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• فرم درخواست MFA را در صفحه بعد پر کنید.</li> <li>• فرم درخواست تکمیل شده خود را به این آدرس پست کنید:  <b>Kaiser Permanente MFA Program</b>  <b>PO Box 7086</b>  <b>Pasadena, CA 91109-7086</b> </li> </ul>	<p>پست کردن فرم </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• فرم درخواست MFA را در صفحه بعد پر کنید.</li> <li>• فرم درخواست تکمیل شده خود را به بخش پذیرش بیمارستان Kaiser Permanente در نزدیکی خود تحویل دهید.</li> </ul>	<p>تحویل حضوری فرم </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت PST با یک مشاور مالی در یکی از مراکز تعیین شده ما دیدار کنید.</li> <li>• لطفاً آماده باشید که تمام اطلاعات ذکر شده در درخواست MFA در صفحه بعد را ارائه کنید.</li> </ul>	<p>ملاقات با یک مشاور مالی </p>

**مهم:** اگر فرم درخواست را با پست یا فکس ارسال کرده یا آن را حضوراً تحویل می‌دهید، لطفاً دقت کنید که فرم را تاجایی که امکان دارد کامل پر کنید. هرگونه نقص اطلاعات می‌تواند 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 می‌توانید آن‌ها را با پست برای ما بفرستید یا حضوری تحویل دهید؛ این مدارک می‌تواند شامل مدارک درآمد یا کپی رسید مخارج و هزینه‌های شخصی شما باشد.
- درخواست شما رد شده و علت آن، که در اینصورت می‌توانید علیه تصمیم ما تقاضای تجدیدنظر کنید.

### به کمک نیاز دارید؟

اگر سؤالی دارید یا در خصوص درخواست خود کمک می‌خواهید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت PST با شماره **1-800-390-3507** (TTY 711) تماس بگیرید. همچنین می‌توانید در هر یک از مراکز Kaiser Permanente با یک مشاور مالی صحبت کنید.

## فرم درخواست برنامه کمک مالی پزشکی (MFA)

نام: \_\_\_\_\_ شماره پرونده پزشکی: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ شماره تماس: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

نشانی: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت: \_\_\_\_\_ زیپکد: \_\_\_\_\_

**تعداد نفرات خانوار:** تعداد نفرات خانواده (با احتساب خود شما) که در خانه شما زندگی می‌کنند. می‌تواند شامل همسر یا شریک زندگی واجد شرایط، کودکان یا بستگان مراقبت‌کننده غیر از پدر و مادر و غیره باشد.

**درآمد خانوار (ماهانه):** جمع درآمد ناخالص تمام اعضای خانوار. تمام انواع درآمدی را

که شامل شما می‌شود، علامت بزنید:

درآمد/دستمزد حاصل از اشتغال

نفقه/هزینه‌های فرزند

درآمد حاصل از کسب‌وکار/املاک اجاره‌ای

مستمری یا مقرری بازنشستگی/مستمری سالیانه

مزایای بیکاری/درآمد از کار افتادگی

مزایای تأمین اجتماعی/درآمد تکمیلی تأمینی/مزایای

بازنشستگان نیروهای مسلح

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

**مخارج مراقبت‌های سلامت:** مجموع تمام هزینه‌های پرداخت‌شده شخصی شما در یک دوره 12 ماهه

برای خدمات اضطراری یا دارای ضرورت پزشکی ارائه‌شده توسط Kaiser Permanente

یا هر ارائه‌کننده دیگر مراقبت‌های سلامت. ممکن است پرداخت‌های مشترک، سپرده‌ها، بیمه مشترک،

یا پرداخت‌های دارای کسورات برای خدمات واجد شرایط پزشکی، داروخانه یا دندانپزشکی را شامل شود.

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

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

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

**بیمه نیستید؟ Kaiser Permanente می‌تواند کمک کند.** اگر فاقد پوشش مراقبت‌های سلامت هستید، می‌توانیم

کمکتان کنیم تا با گزینه‌های موجود آشنا شوید. اگر مایل هستید از طرف Kaiser Permanente با شما تماس

گرفته شود و گزینه‌های موجود به شما معرفی گردد، این کادر را علامت بزنید

بله، با من تماس بگیرید

بدین وسیله اعلام می‌نمایم که تمام اطلاعات ذکر شده در این فرم درخواست از هر حیث واقعی و دقیق و کامل است. من از این مسئله آگاهم و با آن موافقت دارم که نسبت به Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals موظف هستم هزینه کلیه اقلام و خدمات پزشکی را که در برنامه پوشش داده نمی‌شوند («مقادیر باقیمانده»)، به Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals بپردازم.

امضا: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

**توجه:** Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که برای تعیین صلاحیت افراد جهت

قرارگرفتن در برنامه‌های فدرال، ایالتی و برنامه‌های خصوصی پزشکی، از جمله برنامه MFA، از اطلاعات سازمان‌های گزارش‌دهنده اعتبار

مصرف‌کنندگان و سایر منابع ثالث اطلاعات استفاده نمایند.