

# Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας (MFA) της 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.

# Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας (MFA) της Kaiser Permanente

Εάν χρειάζεστε βοήθεια για την πληρωμή ιατρικών υπηρεσιών ή συνταγών που λάβατε ή πρόκειται να λάβετε από την Kaiser Permanente, το Πρόγραμμα Οικονομικής Ιατρικής Βοήθειας (Medical Financial Assistance, MFA) που παρέχουμε ενδεχομένως να μπορεί να σας βοηθήσει.

## Πώς λειτουργεί το πρόγραμμα

- Το πρόγραμμα προσφέρει προσωρινές "αμοιβές" για να βοηθήσει τους αιτούντες που πληρούν τις προϋποθέσεις να πληρώσουν για ιατρική φροντίδα σύμφωνα με τις οικονομικές τους ανάγκες.
- Διατίθεται σε όλους τους ασθενείς της Kaiser Permanente, είτε είστε μέλος είτε όχι.
- Εάν εγκριθεί, το πρόγραμμα καλύπτει έκτακτα περιστατικά ή απαραίτητη ιατρική φροντίδα από το προσωπικό της Kaiser Permanente ή σε κλινικές της Kaiser Permanente για συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

## Πώς παίρνετε έγκριση

**Θα πρέπει να πληροίτε κάποια από τις ακόλουθες προϋποθέσεις επιλογής:\***

1. Το ακαθάριστο οικογενειακό σας εισόδημα δεν υπερβαίνει το 400% του ομοσπονδιακού ορίου φτώχειας.

**\*Σημείωση:** Εάν το ακαθάριστο οικογενειακό σας εισόδημα υπερβαίνει το 400% του ομοσπονδιακού ορίου φτώχειας ή/και είστε μέλος της Kaiser Permanente με εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην Καλιφόρνια, θα πρέπει να πληροίτε το ακόλουθο κριτήριο.

2. Οι προσωπικές σας ιατρικές δαπάνες για έκτακτα περιστατικά ή για απαραίτητη ιατρική φροντίδα, οδοντίατρο και φάρμακα σε μια περίοδο 12 μηνών ισούνται με ή υπερβαίνουν το 10% του ακαθάριστου οικογενειακού σας εισοδήματος.

- ο Οι προσωπικές σας ιατρικές δαπάνες συμπεριλαμβάνουν πληρωμές συμμετοχής, συνασφάλιση και εκπαιδύμενα ποσά.
- ο Οι προσωπικές δαπάνες δεν περιλαμβάνουν πληρωμές για το ίδιο το πρόγραμμα περίθαλψής σας, όπως π.χ. οι μηνιαίες καταβολές ασφαλιστών.

**Εάν δεν έχετε ιατρική ασφάλεια ενδέχεται να σας ζητηθεί να κάνετε αίτηση για αυτή.**

- Επειδή το Πρόγραμμα MFA καλύπτει μόνο προσωρινά τις ιατρικές αμοιβές, ενδέχεται να σας ζητηθεί να κάνετε αίτηση για μακροπρόθεσμη κάλυψή σας. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει οποιοδήποτε δημόσιο ή ιδιωτικό πρόγραμμα υγείας στο οποίο μπορείτε να γίνετε δεκτοί — όπως το Medi-Cal ή επιχορηγούμενα προγράμματα που διατίθενται στην αγορά των ασφαλιστικών εταιρειών.
- Μπορεί να σας ζητηθεί να αποδείξετε ότι κάνατε αίτηση για τέτοια προγράμματα ή ότι έχετε εγκριθεί ή απορριφθεί από αυτά. Αλλά μπορεί και πάλι να είστε σε θέση να λάβετε οικονομική βοήθεια από το Πρόγραμμα MFA ενώ περιμένετε την απόφαση κάποιου άλλου από αυτά τα προγράμματα.

### Οδηγίες σχετικά με το 400% του ομοσπονδιακού ορίου φτώχειας (FPG) του 2022

| Εάν το μέγεθος της οικογένειάς σας είναι: | Το οικογενειακό σας εισόδημα δεν πρέπει να υπερβαίνει: |           |
|---|--|-----------|
|   | Μηνιαίως   | Ετησίως   |
| 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 |

Επισκεφθείτε την ηλεκτρονική διεύθυνση [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) για να βρείτε οδηγίες που αφορούν μεγαλύτερες οικογένειες.







### Έχετε ερωτήσεις;

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη δυνατότητα επιλογής σας για το πρόγραμμα MFA, ή για να δείτε ποιες ιατρικές υπηρεσίες καλύπτει, επισκεφθείτε το [www.kp.org/mfa/scal](https://www.kp.org/mfa/scal) ή καλέστε στο **1-800-390-3507 (TTY 711)**.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης, καλέστε μας στο **1-800-479-5764 (TTY 711)**.

## Πώς να υποβάλετε μια αίτηση

Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις επιλεξιμότητας, μπορείτε να υποβάλετε αίτηση με οποιονδήποτε από τους εξής τρόπους.

|  |   |
|--|---|
|  <b>Διαδικτυακά</b>                              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Συμπληρώστε την αίτηση MFA διαδικτυακά στην ηλεκτρονική διεύθυνση <a href="http://www.kp.org/mfa/scal">www.kp.org/mfa/scal</a></li><li>• Να είστε προετοιμασμένοι ώστε να παράσχετε όλες τις πληροφορίες που αναφέρονται στην αίτηση του Προγράμματος MFA στην επόμενη σελίδα.</li></ul>                          |
|  <b>Καλέστε μας</b>                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Καλέστε μας στο <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8:00 π.μ. έως 5:00 μ.μ. ώρα Δυτικής Ακτής των ΗΠΑ (Pacific Standard Time, PST).</li><li>• Να είστε προετοιμασμένοι ώστε να παράσχετε όλες τις πληροφορίες που αναφέρονται στην αίτηση του Προγράμματος MFA στην επόμενη σελίδα.</li></ul> |
|  <b>Στείλτε τη με FAX</b>                       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Συμπληρώστε την αίτηση Ιατρικής Οικονομικής Βοήθειας (MFA) στην επόμενη σελίδα.</li><li>• Στείλτε τη συμπληρωμένη αίτηση με FAX στο <b>1-866-519-1693</b>.</li></ul>  |
|  <b>Ταχυδρομήστε την</b>                        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Συμπληρώστε την αίτηση IMFA στην επόμενη σελίδα.</li><li>• Ταχυδρομήστε τη συμπληρωμένη αίτηση στη διεύθυνση:<br/>Kaiser Permanente MFA Program<br/>PO Box 7086<br/>Pasadena, CA 91109-7086</li></ul>   |
|  <b>Προσκομίστε την αίτηση σε μας</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Συμπληρώστε την αίτηση MFA στην επόμενη σελίδα.</li><li>• Προσκομίστε τη συμπληρωμένη αίτηση στο Τμήμα Εισαγωγής του τοπικού νοσοκομείου της Kaiser Permanente.</li></ul>   |
|  <b>Επισκεφθείτε έναν οικονομικό σύμβουλο</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Επισκεφθείτε έναν οικονομικό σύμβουλο σε κάποιο από τα ενδεικμένα γραφεία μας από Δευτέρα έως Παρασκευή και από 8:00 π.μ. έως 5:00 μ.μ. PST.</li><li>• Να είστε προετοιμασμένοι ώστε να παράσχετε όλες τις πληροφορίες που αναφέρονται στην αίτηση του Προγράμματος MFA στην επόμενη σελίδα.</li></ul>            |

**Σημαντικό:** Όταν υποβάλετε αίτηση ταχυδρομικώς ή με FAX ή την παραδίδετε αυτοπροσώπως, παρακαλούμε να είστε σίγουροι ότι συμπληρώσατε την αίτηση στο μέγιστο δυνατό. Κάθε παράλειψη ενδέχεται να καθυστερήσει την διαδικασία αίτησης.

### Τι θα συμβεί μετά την υποβολή της αίτησης

Αφού ελέγξουμε την συμπληρωμένη αίτησή σας, θα σας ενημερώσουμε σχετικά με τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Η αίτησή σας εγκρίθηκε και θα λάβετε οικονομική βοήθεια.
- Για την συμπλήρωση της αίτησής σας χρειαζόμαστε συμπληρωματικές πληροφορίες ή έγγραφα τα οποία μπορείτε να μας ταχυδρομήσετε ή να φέρετε αυτοπροσώπως. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν βεβαίωση εισοδήματος ή αντίγραφα των προσωπικών σας δαπανών.
- Η αίτησή σας απορρίφθηκε και για ποιους λόγους απορρίφθηκε, στην οποία περίπτωση μπορείτε να κάνετε ένσταση κατά της απόφασης.

### Χρειάζεστε βοήθεια;

Εάν έχετε απορίες ή χρειάζεστε βοήθεια με την αίτησή σας, παρακαλούμε καλέστε στο **1-800-390-3507 (TTY 711)**, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8:00 π.μ. έως 5:00 μ.μ. PST. Μπορείτε επίσης να μιλήσετε με έναν οικονομικό σύμβουλο σε οποιαδήποτε εγκατάσταση της Kaiser Permanente.

## Αίτηση για το Πρόγραμμα Ιατρικής Οικονομικής Βοήθειας (MFA)

Όνομα: \_\_\_\_\_ Ιατρικός φάκελος #: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Επικοινωνία #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ΑΜΚΑ: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Πόλη: \_\_\_\_\_ Πολιτεία/Κράτος: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

**Μέγεθος οικογένειας:** Αριθμός μελών της οικογένειας (συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας) που διαμένουν στο σπίτι σας. Μπορεί να περιλαμβάνεται σύζυγος ή αναγνωρισμένος σύντροφος που συζεί μαζί σας, τέκνα, συγγενής που βοηθά, κλπ.

\_\_\_\_\_

**Οικογενειακό εισόδημα (μηνιαίως):** Συνολικό ακαθάριστο εισόδημα όλων των μελών της οικογένειας.

Ελέγξτε ΟΛΑ τα είδη εισοδημάτων που ταιριάζουν:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Επαγγελματικό εισόδημα/Ημερομίσθια            | <input type="checkbox"/> Σύνταξη ή συνταξιοδότηση/Ετήσιες πρόσοδοι                                |
| <input type="checkbox"/> Επιχειρηματικό εισόδημα/Ενοικιαζόμενα ακίνητα | <input type="checkbox"/> Κοινωνική ασφάλιση/Συμπληρωματικό εισόδημα ασφάλισης/Επιδόματα βετεράνων |
| <input type="checkbox"/> Επιδόματα ανεργίας/Επίδομα αναπηρίας          |   |
| <input type="checkbox"/> Διατροφή/Διατροφή τέκνων                      |   |

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

**Δαπάνες ιατρικής περίθαλψης:** Σύνολο των προσωπικών σας δαπανών για μια περίοδο 12 μηνών για έκτακτα περιστατικά ή απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες παρασχεθείσες από την Kaiser Permanente ή άλλο οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Μπορούν να περιληφθούν πληρωμές συμμετοχής, προκαταβολές, πληρωμές συνασφάλισης ή εκπιπτόμενων ποσών για επιλέξιμες ιατρικές, φαρμακευτικές ή οδοντιατρικές υπηρεσίες.

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

**Παρακαλούμε να αναφέρετε όλα τα μέλη της οικογένειας που υποβάλουν αίτηση για το πρόγραμμα.**

| Όνομα- | Ημερομηνία γέννησης | Συγγένεια | Ιατρικός φάκελος # |
|--------|---------------------|-----------|--------------------|
| _____  | ____/____/____      | _____     | _____              |
| _____  | ____/____/____      | _____     | _____              |
| _____  | ____/____/____      | _____     | _____              |
| _____  | ____/____/____      | _____     | _____              |
| _____  | ____/____/____      | _____     | _____              |

**Ανασφάλιστος/η; Η Kaiser Permanente μπορεί να βοηθήσει.** Εάν δεν έχετε ασφαλιστική κάλυψη, μπορούμε να σας βοηθήσουμε να κατανοήσετε τις επιλογές σας. Επιλέξτε αυτό το πλαίσιο εάν θέλετε να επικοινωνήσετε μαζί σας η Kaiser Permanente για να συζητήσετε τις επιλογές σας.

Ναι, επικοινωνήστε μαζί μου

Δια του παρόντος δηλώνω εν γνώσει των συνεπειών του νόμου ότι κάθε στοιχείο της παραπάνω αίτησης είναι αληθές, ακριβές και πλήρες από κάθε άποψη. Αναγνωρίζω επίσης και αποδέχομαι ότι είμαι υπόλογος απέναντι στο Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals για κάθε χρηματικό ποσό οφειλόμενο στο Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals για ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά τα οποία δεν περιλαμβάνονται στο παρόν πρόγραμμα (τα "Υπολειπόμενα ποσά").

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Σημείωση:** Το Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals επιφυλάσσεται του δικαιώματος για τη χρήση πληροφοριών από τα πρακτορεία αναφοράς πιστοληπτικής φερεγγυότητας (credit reporting agencies) καθώς και από άλλες πηγές πληροφοριών για να καθορίσει την επιλεξιμότητα για τη συμμετοχή σε ομοσπονδιακά, κρατικά και ιδιωτικά ιατρικά προγράμματα, συμπεριλαμβανομένου του Προγράμματος MFA.