

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 **1-800-813-2000** 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.

โปรแกรมผู้ช่วยทางการเงินด้านการแพทย์ (MFA) ของ Kaiser Permanente

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพหรือใบสั่งยาที่คุณได้รับ หรือตารางการนัดที่คุณได้รับ จาก Kaiser Permanente โปรแกรม ผู้ช่วยการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA) ของเราสามารถช่วยคุณได้

การทำงานของโปรแกรม

- โปรแกรมให้ “คำตอบแทน” ชั่วคราว เพื่อช่วยผู้สมัครที่มีคุณสมบัติจ่ายค่ารักษาโดยขึ้นอยู่กับความต้องการทางการเงินของพวกเขา
- มิให้บริการแก่ผู้ป่วยของ Kaiser Permanente ทุกคน ไม่ว่าจะสมาชิกหรือไม่ก็ตาม
- หากได้รับคำตอบแทน โปรแกรมจะครอบคลุมไปถึงการรักษาฉุกเฉินหรือทางการแพทย์ที่จำเป็นจาก Kaiser Permanente ผู้ให้บริการหรือสถานที่ให้บริการของ Kaiser Permanente ในช่วงเวลาที่กำหนด

คุณสมบัติที่ต้องมี

คุณต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อใดข้อหนึ่งตามที่กำหนดดังต่อไปนี้ - *

1. รายได้รวมครัวเรือนของคุณต้องไม่เกิน 300% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง
2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคุณทั้งแบบฉุกเฉินหรือการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ การรักษาทางทันตกรรม และทางยาในช่วงระยะเวลาเกินกว่า 12 เดือนคือเท่ากับหรือมากกว่า 10% ของรายได้รวมครัวเรือนของคุณ
 - ค่าใช้จ่ายรวมถึง การรวมจ่ายประกัน การหักประกันร่วม และการชำระเงินแบบหักลดหย่อน
 - ค่าใช้จ่ายที่ไม่รวมการจ่ายใด ๆ สำหรับแผนสุขภาพของคุณเอง อย่างเช่น ระดับพรีเมียมแบบรายเดือนของคุณ

หากคุณไม่มีประกันสุขภาพ คุณอาจจะถูกขอให้สมัคร

- เนื่องจากโปรแกรม MFA ให้คำตอบแทนทางการเงินชั่วคราวเท่านั้น คุณอาจจะถูกขอให้สมัครเพื่อให้ครอบคลุมสิ่งเหล่านั้น ซึ่งจะครอบคลุมให้คุณในระยะยาว ซึ่งจะรวมถึงโปรแกรมสุขภาพของรัฐหรือเอกชนที่คุณมีสิทธิได้รับ - เช่น Medicaid หรือแผนเสริมที่มีให้ในตลาดประกันสุขภาพ
- เราอาจให้คุณแสดงหลักฐานว่าคุณได้สมัครโปรแกรมเหล่านี้แล้ว หรือคุณได้รับการอนุมัติ หรือถูกพวกเขาปฏิเสธ แต่คุณยังจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากโปรแกรม MFA ในขณะที่รอการตัดสินใจจากโปรแกรมอื่น ๆ เหล่านี้

แนวทางการขจัดความยากจนของรัฐบาลกลาง 2022 (Federal Poverty Guidelines, FPG)			
หากขนาดครัวเรือนของคุณคือ:	รายได้ครัวเรือนของคุณต้องไม่มากกว่า:		
	รางวัล 100% สำหรับรายได้รวมต่อปีที่ต่ำกว่า 200% FPG	รางวัล 75% สำหรับรายได้รวมต่อปีระหว่าง 201% ถึง 250% FPG	รางวัล 50% สำหรับรายได้รวมต่อปีระหว่าง 251% ถึง 300% FPG
1	สูงถึง 27,180 ดอลลาร์สหรัฐ	27,181 ถึง 33,975 ดอลลาร์สหรัฐ	33,976 ถึง 40,770 ดอลลาร์สหรัฐ
2	สูงถึง 36,620 ดอลลาร์สหรัฐ	36,621 ถึง 45,775 ดอลลาร์สหรัฐ	45,776 ถึง 54,930 ดอลลาร์สหรัฐ
3	สูงถึง 46,060 ดอลลาร์สหรัฐ	46,061 ถึง 57,575 ดอลลาร์สหรัฐ	57,576 ถึง 69,090 ดอลลาร์สหรัฐ
4	สูงถึง 55,500 ดอลลาร์สหรัฐ	55,501 ถึง 69,375 ดอลลาร์สหรัฐ	69,376 ถึง 83,250 ดอลลาร์สหรัฐ
5	สูงถึง 64,940 ดอลลาร์สหรัฐ	64,941 ถึง 81,175 ดอลลาร์สหรัฐ	\$81,176 ถึง \$97,410 ดอลลาร์สหรัฐ
6	สูงถึง 74,380 ดอลลาร์สหรัฐ	74,381 ถึง 92,975 ดอลลาร์สหรัฐ	92,976 ถึง 111,570 ดอลลาร์สหรัฐ






เข้าไปที่ aspe.hhs.gov/poverty เพื่อค้นหาหลักเกณฑ์สำหรับครัวเรือนขนาดใหญ่

หากคุณมีคำถาม

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณสมบัติของโปรแกรม MFA หรือเพื่อดูบริการทางด้านสุขภาพที่ต้องจ่าย เข้าไปที่ www.kp.org/mfa/wa หรือโทร หรือโทร **1-800-390-3507 (TTY 711)** จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00 a.m. ถึง 5.00 p.m. PST. สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคุ้มครองการดูแลสุขภาพ สอบถามได้ที่เบอร์ **1-800-479-5764 (TTY 711)**.

วิธีการสมัคร

หากคุณสมบัติของคุณเป็นไปตามที่กำหนด คุณสามารถสมัครได้จากทุกทางต่อไปนี้

 ออนไลน์	<ul style="list-style-type: none">กรอกใบสมัครของ MFA ทางออนไลน์ได้ที่ www.kp.org/mfa/waเตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดตามรายการในใบสมัครของ MFA ในหน้าต่อไปนี้
 ทางไปรษณีย์	<ul style="list-style-type: none">กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ส่งใบสมัครที่กรอก สมบูรณ์ แล้วไปที่ Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584
 แฟกซ์	<ul style="list-style-type: none">กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้แฟกซ์ ใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วไปที่ 1-206-877-0640
 ส่งด้วยตัวเอง	<ul style="list-style-type: none">กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ส่งใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วไปที่สำนักงานหรือฝ่ายประชาสัมพันธ์ได้ทุก ๆ สถานพยาบาลของ Kaiser Permanente
 โทรหาเรา	<ul style="list-style-type: none">ติดต่อเราได้ทีเบอร์ 1-800-442-4014 (TTY 711) จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. PSTเตรียมให้ข้อมูลตามรายการในใบสมัครของ MFA ที่หน้าถัดไป

สำคัญมาก: หากสมัครผ่านทางจดหมายหรือแฟกซ์ หรือ ส่งใบสมัครด้วยตัวเอง กรุณากรอกข้อมูลในใบสมัครให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หากข้อมูลตกหล่นอาจทำให้กระบวนการสมัครล่าช้า

สิ่งที่ควรคาดหวังหลังจากการสมัคร

หลังจากที่เราได้ตรวจสอบใบสมัครที่สมบูรณ์ของคุณแล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงผลลัพธ์ต่อไปนี้:

- ใบสมัครของคุณได้รับการอนุมัติและคุณจะได้รับคำตอบแทนทางการเงิน
- เพื่อการสมัครของคุณเสร็จสมบูรณ์ เราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือเอกสาร ซึ่งคุณสามารถส่งให้เราได้ทางไปรษณีย์หรือเอามาให้ด้วยตัวเอง และจะรวมไปถึงเอกสารยืนยันรายได้หรือสำเนาค่าใช้จ่ายของคุณ
- การสมัครของคุณถูกปฏิเสธและเหตุผลที่ถูกปฏิเสธ ในกรณีนี้คุณสามารถอุทธรณ์การตัดสินใจของเราได้

ต้องการความช่วยเหลือใช่ไหม

หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร กรุณาติดต่อที่เบอร์ **1-800-442-4014 (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) อาจรวมถึงคู่สมรส หรือคู่ที่อยู่กันด้วยกัน บุตร และญาติผู้ดูแลที่ไม่ใช่พ่อแม่ เป็นต้น

รายได้ครัวเรือน(รายเดือน): รายได้รวมทั้งหมดของสมาชิกครอบครัวใน ครัวเรือน ดูประเภทของรายได้ทั้งหมดเพื่อการสมัคร:

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

\$ _____

ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ: ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่คุณมีในระยะเวลา 12 เดือน สำหรับเหตุฉุกเฉินหรือบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นที่ให้คุณโดย Kaiser Permanente หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ อาจรวมไปถึงการชำระเงินร่วม เงินมัดจำ ค่าใช้จ่ายร่วมกัน หรือการหักเงินที่จ่ายสำหรับสิทธิ์ทางการแพทย์ ทางยา หรือ บริการทันตกรรม

\$ _____

กรุณาใส่สมาชิกในครอบครัวของครัวเรือนคุณทุกคนเมื่อทำการสมัครโปรแกรม

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

ไม่มีประกันใหม่ Kaiser Permanente ช่วยคุณได้ หากคุณไม่มีความคุ้มครองดูแล สุขภาพ, เราสามารถช่วยให้คุณเข้าใจในตัวเลือกได้ กาเครื่องหมายถูกช่องนี้หากคุณ ต้องการให้ Kaiser Permanente ติดต่อคุณเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือก

ใช่, ติดต่อฉัน

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นในใบสมัครนี้เป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วนทุกประการ ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าต้องรับผิดชอบต่อ แผน 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 ขอสงวนสิทธิ์เพื่อใช้ข้อมูลจากหน่วยงานรายงานเครดิตผู้บริโภครวมและแหล่งข้อมูล จากบุคคลที่สามเพื่อกำหนดคุณสมบัติสำหรับรัฐบาลกลาง รัฐ และโปรแกรมทางการแพทย์เอกชน รวมไปถึง MFA โปรแกรม