

Kaiser Permanente Programm Medizinische Finanzunterstützung (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.

Kaiser Permanente Programm Medizinische Finanzunterstützung (MFA)

Wenn Sie Hilfe bei der Bezahlung von Gesundheitsdienstleistungen oder Rezepten benötigen, die Sie von Kaiser Permanente erhalten haben oder erhalten werden, dann könnte unser Programm Medizinische Finanzunterstützung (Medical Financial Assistance, MFA) Ihnen möglicherweise helfen.

Wie funktioniert das Programm?

- Das Programm bietet zeitlich begrenzte „Prämien“, um qualifizierte Bewerber basierend auf Ihren finanziellen Bedürfnissen bei der Bezahlung Ihrer Gesundheitsdienstleistungen zu unterstützen.
- Es steht allen Kaiser Permanente Patienten zur Verfügung, gleichgültig, ob sie bei uns Mitglied sind oder nicht.
- Wird der Zuschlag erteilt, deckt das Programm die medizinische Notfallversorgung sowie medizinisch erforderliche Sachleistungen von Kaiser Permanente Anbietern oder Kaiser Permanente Einrichtungen in einem bestimmten Zeitraum ab.

Wer ist berechtigt?

Sie müssen eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:*

1. Ihr Brutto-Haushaltseinkommen darf nicht mehr als 350 % des als Armutsgrenze festgelegten Einkommens betragen.

***Hinweis:** Wenn Ihr Brutto-Haushaltseinkommen über 350 % der Armutsgrenze liegt und/oder Sie ein Kaiser Permanente Mitglied mit einem Selbstbehaltplan in Kalifornien sind, müssen Sie die nachfolgenden Kriterien erfüllen.

2. Ihre Direktzahlungen für medizinische Notfallversorgung oder medizinisch erforderliche Sachleistungen, zahnärztliche Leistungen und Medikamente über einen Zeitraum von 12 Monaten 10 % oder mehr Ihres Brutto-Haushaltseinkommens entsprechen.
 - Direktzahlungen beinhalten Zuzahlungen, Mitversicherungsgemeinschaften und Selbstbehaltzahlungen.
 - Direktzahlungen beinhalten keine Zahlungen für Ihre Krankenversicherung, wie Ihre monatlichen Beiträge.

350 % der Armutsgrenze (Federal Poverty Guidelines, FPG) 2021		
Wenn Ihre Haushaltgröße ist:	Darf Ihr Haushaltseinkommen nicht höher sein als:	
	Monatlich	Jährlich
1	\$3.757	\$45.080
2	\$5.081	\$60.970
3	\$6.405	\$76.860
4	\$7.729	\$92.750
5	\$9.053	\$108.640
6	\$10.378	\$124.530

Besuchen Sie aspe.hhs.gov/poverty, um die Richtlinien für größere Haushalte zu finden.

Haben Sie Fragen?






Für weitere Informationen über die Berechtigung der Inanspruchnahme unseres MFA-Programms oder um herauszufinden, welche Gesundheitsdienstleistungen von diesem übernommen werden, besuchen Sie bitte www.kp.org/mfa/ncal.

Falls Sie aktuell über keine Krankenversicherung verfügen, kann es erforderlich sein, dass Sie eine beantragen.

- Das MFA-Programm bietet nur vorübergehende finanzielle Prämien, daher ist es möglich, dass wir Sie ersuchen, einen langfristigen Deckungsschutz für Ihre Gesundheitskosten abzuschließen. Dabei kann es sich um jede beliebige andere öffentliche oder private Krankenversicherung handeln, für die Sie in Frage kommen – wie Medi-Cal oder andere subventionierte Pläne, die auf die Krankenversicherungsmarkt erhältlich sind.
- Wir können Sie um den Nachweis bitten, dass Sie bei einem dieser Programme einen Antrag gestellt haben oder dass Sie dafür zugelassen oder abgelehnt wurden. Aber auch dann könnten Sie immer noch berechtigt sein, finanzielle Unterstützung durch das MFA-Programm zu erhalten, während Sie auf eine Entscheidung dieser anderen Programme warten.
- Wenn Sie über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen und sich gerne über unsere Angebote informieren möchten, rufen Sie uns unter 800-479-5764 (für ATS: 711) an.

Wie Sie den Antrag stellen

Wenn Sie die Voraussetzungen erfüllen, können Sie auf einem der folgenden Wege den Antrag stellen.

 Online	<ul style="list-style-type: none">• Füllen Sie den Antrag auf MFA auf www.kp.org/mfa/ncal online aus• Bitte halten Sie sämtliche für den MFA-Antrag erforderlichen Informationen bereit, deren Liste Sie auf der nächsten Seite finden.
 Per Post	<ul style="list-style-type: none">• Füllen Sie das MFA-Antragsformular auf der nächsten Seite aus.• Senden Sie Ihren ausgefüllten Antrag per Post an: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
 Per Fax	<ul style="list-style-type: none">• Füllen Sie das MFA-Antragsformular auf der nächsten Seite aus.• Faxen Sie Ihren vollständig ausgefüllten Antrag an 1-800-687-9901.
 Persönlich	<ul style="list-style-type: none">• Füllen Sie das MFA-Antragsformular auf der nächsten Seite aus.• Geben Sie Ihren vollständig ausgefüllten Antrag bei der Patientenzahlstelle einer Kaiser-Permanente-Einrichtung ab.
 Telefonisch	<ul style="list-style-type: none">• Rufen Sie uns an unter 1-800-390-3507 (ATS 711) von Montag bis Freitag, 8:00 bis 17:00 Pazifische Zeit (Pacific Standard Time, PST).• Bitte halten Sie sämtliche für den MFA-Antrag erforderlichen Informationen bereit, deren Liste Sie auf der nächsten Seite finden.

Wichtig: Wenn Sie Ihren Antrag per Post oder Fax stellen oder persönlich abgeben, vergewissern Sie sich bitte, dass Sie diesen so vollständig wie möglich ausgefüllt haben. Alle fehlenden Informationen können die Bearbeitung des Antrags verzögern.

Was Sie nach der Antragsstellung erwartet

Nachdem wir Ihren vollständigen Antrag geprüft haben, werden wir Sie über eines der folgenden Ergebnisse informieren:

- Ihr Antrag wurde genehmigt und Sie erhalten eine finanzielle Prämie.
- Um Ihren Antrag zu vervollständigen, benötigen wir zusätzliche Informationen oder Unterlagen, die Sie uns per Post senden oder bei uns persönlich einreichen können. Dazu könnten Einkommensnachweise oder Kopien Ihrer Auslagen zählen.
- Ihr Antrag wurde abgelehnt und den Grund der Ablehnung. Sie können Einspruch gegen unsere Entscheidung einlegen.

Benötigen Sie Hilfe?

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe bei Ihrer Antragsstellung benötigen, rufen Sie uns bitte an unter **1-800-390-3507 (ATS 711)**, Montag bis Freitag, 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr PST. Sie können auch mit einem unserer Finanzberater an jedem Kaiser Permanente Standort sprechen.

Antrag auf Hilfe nach dem Medizinischen Finanzhilfe (MFA)-Programm

Name: _____ Patientenakte Nr.: _____

Geburtsdatum: ___/___/___ Kontaktnummer: (_____) _____ Sozialversicherungsnummer: _____ - _____ - _____

Adresse: _____

Stadt: _____ Staat: _____ PLZ: _____

Haushaltsgröße: Anzahl der Familienmitglieder (einschließlich Ihnen), die in Ihrem Haushalt leben.

Kann einen Ehepartner oder qualifizierten Lebenspartner, Kinder, eine nicht-elterliche Betreuungsperson aus der Verwandtschaft etc. einschließen.

Haushaltseinkommen (monatlich): Bruttogesamteinkommen aller im Haushalt lebenden Familienmitglieder. Kreuzen Sie ALLE zutreffenden Einkommensarten an:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit | <input type="checkbox"/> Alimente/Unterhalt für Kinder |
| <input type="checkbox"/> Gewerbliche Einkünfte/Mieteinnahmen | <input type="checkbox"/> Pension oder Altersversorgung/Rente |
| <input type="checkbox"/> Leistungen bei Arbeitslosigkeit/
Invalidenrente | <input type="checkbox"/> Sozialhilfe/ergänzende Sozialhilfe/
Veteranenrente |

\$

Gesamtgesundheitskosten: Gesamthöhe der Direktausgaben und Auslagen, die Sie in einem Zeitraum von 12 Monaten für medizinische Notfallversorgung oder medizinisch erforderliche Sachleistungen, die von Kaiser Permanente oder anderen Gesundheitsdienstleistern erbracht wurden, bezahlt haben. Kann Zuzahlungen, Anzahlungen, Mitversicherungsgemeinschaften und Selbstbehaltzahlungen für abgedeckte medizinische, pharmazeutische oder zahnmedizinische Dienstleistungen umfassen.

\$

Bitte listen Sie alle Mitglieder ihres Haushalts auf, die sich für das Programm bewerben.

Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad	Patientenakte-Nr.
_____	_____/_____/____	_____	_____
_____	_____/_____/____	_____	_____
_____	_____/_____/____	_____	_____
_____	_____/_____/____	_____	_____
_____	_____/_____/____	_____	_____

Nicht versichert? Kaiser Permanente kann helfen. Sie sind ohne Krankenversicherung geschützt?

Wir erläutern Ihnen gern, welche Möglichkeiten es gibt. Bitte kreuzen Sie dieses Feld an, wenn Sie möchten, dass Kaiser Permanente Sie kontaktiert, um Ihre Möglichkeiten mit Ihnen zu besprechen.

Ja, bitte kontaktieren Sie mich

Hiermit erkläre ich unter Strafe des Meineids, dass alle im obigen Antrag angegebenen Informationen in jeder Hinsicht wahr und richtig sind. Ebenfalls erkenne ich an und erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich gegenüber Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals für alle Beträge hafte, die ich Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals für medizinische Güter und Dienstleistungen schulde, die nicht im Rahmen des Programms förderfähig sind (die „Verbleibenden Beträge“).

Unterschrift: _____ Datum: _____

Hinweis: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals behält sich das Recht vor, Informationen von berichtenden Verbraucheragenturen, Kreditauskunfteien und anderen Drittanbietern zu nutzen, um die Eignung für staatliche, bundesstaatliche und private medizinische Programme, einschließlich des MFA-Programms, zu prüfen.