

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 **1-800-464-4000** 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.

โปรแกรมผู้ช่วยทางการเงินด้านการแพทย์ (MFA) ของ Kaiser Permanente

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

การทำงานของโปรแกรม

- โปรแกรมให้ “ค่าตอบแทน” ชั่วคราว เพื่อช่วยผู้สมัครที่มีคุณสมบัติจ่ายค่ารักษาโดยขึ้นอยู่กับความต้องการทางการเงินของพวกเขา
- มีให้บริการแก่ผู้ป่วยของ Kaiser Permanente ทุกคน ไม่ว่าจะสมาชิกหรือไม่ก็ตาม
- หากได้รับค่าตอบแทน โปรแกรมจะครอบคลุมไปถึงการรักษาฉุกเฉินหรือทางการแพทย์ที่จำเป็นจาก Kaiser Permanente ผู้ให้บริการหรือสถานที่ให้บริการของ Kaiser Permanente ในช่วงเวลาที่กำหนด

คุณสมบัติที่ต้องมี

คุณต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อใดข้อหนึ่งตามที่กำหนดดังต่อไปนี้*

1. รายได้รวมครัวเรือนของคุณต้องไม่เกิน 350% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง

***หมายเหตุ:** หากรายได้รวมครัวเรือนของคุณเกิน 350% ของความยากจนของรัฐบาลกลางและ/หรือการเป็นสมาชิกกับ Kaiser Permanente ชำกับแผนใน แคลิฟอร์เนีย คุณต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้างล่างต่อไปนี้

2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคุณทั้งแบบฉุกเฉินหรือการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ การรักษาทางทันตกรรม และ ทางยาในช่วงระยะเวลาเกินกว่า 12 เดือนคือเท่ากับหรือมากกว่า 10% ของรายได้รวมครัวเรือนของคุณ
 - ค่าใช้จ่ายรวมไปถึง การรวมจ่ายประกัน การหักประกันร่วม และ การชำระเงินแบบหักลดหย่อน
 - ค่าใช้จ่ายที่ไม่รวมการจ่ายใด ๆ สำหรับแผนสุขภาพของคุณเอง อย่างเช่น ระดับพรีเมียมแบบรายเดือนของคุณ

350% ของแนวทางความยากจนตามรัฐบาลกลางปี 2021 (FPG)		
หากขนาดครัวเรือนของคุณคือ:	รายได้ครัวเรือนของคุณต้อง ไม่มากกว่า:	
	รายเดือน	รายปี
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

เข้าไปที่ aspe.hhs.gov/poverty เพื่อค้นหาหลักเกณฑ์ สำหรับครัวเรือนขนาดใหญ่

หากคุณมีคำถาม






สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณสมบัติของโปรแกรม MFA หรือเพื่อดูว่าบริการดูแลสุขภาพประเภทใดที่ต้องจ่าย เข้าไปที่ www.kp.org/mfa/ncal

หากคุณไม่มีประกันสุขภาพ คุณอาจจะถูกขอให้สมัคร

- เนื่องจากโปรแกรม MFA ให้ค่าตอบแทนทางการเงินชั่วคราวเท่านั้น คุณอาจจะถูกขอให้สมัครเพื่อให้ครอบคลุมสิ่งเหล่านั้น ซึ่งจะครอบคลุมให้คุณในระยะยาว ซึ่งจะรวมไปถึงโปรแกรมสุขภาพของทางรัฐหรือเอกชนที่คุณมีสิทธิ์ได้รับ - เช่น Medi-Cal หรือแผนเสริมที่มีให้ในตลาดประกันสุขภาพ
- เราอาจให้คุณแสดงหลักฐานว่าคุณได้สมัครโปรแกรมเหล่านี้แล้ว หรือคุณได้รับการอนุมัติ หรือถูกพวกเขาปฏิเสธ แต่คุณยังจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากโปรแกรม MFA ในขณะที่รอการตัดสินใจจากโปรแกรมอื่น ๆ เหล่านี้
- หากคุณไม่มีความคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพและต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อเราได้ทีเบอร์ 800-479-5764 (สำหรับ TTY โทร 711) เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวเลือกการคุ้มครองของคุณ

วิธีการสมัคร

หากคุณสมัครของคุณเป็นไปตามที่กำหนด คุณสามารถสมัครได้จากทุกทางต่อไปนี้

 ออนไลน์	<ul style="list-style-type: none"> กรอกใบสมัครของ MFA ทางออนไลน์ได้ที่ www.kp.org/mfa/ncal เตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดตามรายการในใบสมัครของ MFA ในหน้าต่อไปนี้
 ทางไปรษณีย์	<ul style="list-style-type: none"> กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ ส่งใบสมัครที่กรอก สมบูรณ์ แล้วไปที่ Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
 แฟกซ์	<ul style="list-style-type: none"> กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ แฟกซ์ ใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วไปที่ 1-800-687-9901
 ส่งด้วยตัวเอง	<ul style="list-style-type: none"> กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ ส่งใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วดำเนินการทางด้านการเงินของผู้ป่วยได้ทุก ๆ สถานพยาบาลของ Kaiser Permanente
 โทรหาเรา	<ul style="list-style-type: none"> ติดต่อเราได้ทีเบอร์ 1-800-390-3507 (TTY 711) จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. PST เตรียมให้ข้อมูลตามรายการในใบสมัครของ MFA ที่หน้าถัดไป

สำคัญมาก: หากสมัครผ่านทางจดหมายหรือแฟกซ์ หรือ ส่งใบสมัครด้วยตัวเอง กรุณากรอกข้อมูลในใบสมัครให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หากข้อมูลตกหล่นอาจทำให้กระบวนการสมัครล่าช้า

สิ่งที่ควรคาดหวังหลังจกการสมัคร

หลังจากที่เราได้ตรวจสอบใบสมัครที่สมบูรณ์ของคุณแล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงผลลัพธ์ต่อไปนี้:

- ใบสมัครของคุณได้รับการอนุมัติและคุณจะได้รับคำตอบแทนทางการเงิน
- เพื่อการสมัครของคุณเสร็จสมบูรณ์ เราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือเอกสาร ซึ่งคุณสามารถส่งให้เราได้ทางไปรษณีย์หรือเอามาให้ด้วยตัวเอง และจะรวมไปถึงเอกสารยืนยันรายได้หรือสำเนาค่าใช้จ่ายของคุณ
- การสมัครของคุณถูกปฏิเสธและเหตุผลที่ถูกปฏิเสธ ในกรณีนี้คุณสามารถอุทธรณ์การตัดสินใจของเราได้

ต้องการความช่วยเหลือใช่ไหม

หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร กรุณาติดต่อที่เบอร์ **1-800-390-3507 (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) อาจจะรวมถึงคู่สมรส หรือคู่ที่อยู่กันด้วยกัน บุตร และญาติผู้ดูแลที่ไม่ใช่พ่อแม่ เป็นต้น

รายได้ครัวเรือน(รายได้เงิน): รายได้รวมทั้งหมดของสมาชิกครอบครัวใน ครัวเรือน ดุประเภทของรายได้ทั้งหมดเพื่อการสมัคร:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รายได้จากการทำงาน / 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 ค่าใช้จ่าย ร่วมกัน หรือการหักเงินที่จ่ายสำหรับสิทธิ์ทางการแพทย์ ทางยา หรือ บริการทันตกรรม

\$ _____

กรุณาใส่สมาชิกในครอบครัวของครัวเรือนของคุณทุกคนเมื่อทำการสมัครโปรแกรม

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

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

ใช่, ติดต่อฉัน

ข้าพเจ้าขอรับรองภายใต้บทลงโทษของการ ให้ข้อมูลเท็จว่าข้อมูลทั้งหมดที่ได้ให้ไว้ในใบสมัครข้างต้นเป็นจริงและถูกต้องในทุก ๆ ด้าน ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าต้องรับผิดชอบต่อแผน Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals สำหรับเงิน จำนวนทั้งหมดที่มาจาก Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals สำหรับสินค้า และบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิ์ ภายใต้โปรแกรมนี้ (“จำนวนเงินคงเหลือ”)

ลงชื่อ: _____ วันที่: _____

หมายเหตุ: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ขอสงวนสิทธิ์เพื่อใช้ข้อมูลจากหน่วยงานรายงานเครดิตผู้ บริโภคและแหล่งข้อมูลจากบุคคลที่สามเพื่อกำหนดคุณสมบัติสำหรับรัฐบาลกลาง รัฐ และโปรแกรมทางการแพทย์เอกชน รวม ไปถึง MFA โปรแกรม