

# Программа финансовой помощи на медицинские услуги (MFA) 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.

# Программа финансовой помощи на медицинские услуги (MFA) Kaiser Permanente

Если Вам необходима помощь в оплате полученных либо назначенных Вам медицинских услуг или рецептурных препаратов в учреждении Kaiser Permanente, наша программа финансовой помощи на медицинские услуги (Medical Financial Assistance, MFA) может Вам помочь.

## Как работает данная программа

- Программа предлагает временные «премии» подходящим по критериям заявителям в целях содействия в оплате услуг здравоохранения. Выплаты рассчитываются в соответствии с финансовыми нуждами участников.
- Содействие предлагается всем пациентам Kaiser Permanente, независимо от их участия в плане страхования.
- Если Ваше участие в программе будет одобрено, в течение определенного периода времени будут оплачиваться расходы на неотложную или необходимую по медицинским показаниям помощь, оказанную поставщиками медицинских услуг Kaiser Permanente или в учреждениях Kaiser Permanente.

## Требования к участникам программы

**Вы должны соответствовать одному из перечисленных далее критериев\*.**

1. Валовой доход Вашей семьи не должен превышать 350 % от федерального прожиточного минимума.

**\*Примечание:** если валовой доход Вашей семьи составляет более 350 % от федерального прожиточного минимума и (или) Вы являетесь участником плана страхования от Kaiser Permanente в штате Калифорния с вычитаемой франшизой, Вы должны соответствовать критерию, указанному ниже.

2. Медицинские расходы из собственных средств на скорую или необходимую по медицинским показаниям помощь, стоматологические услуги и лекарственные препараты за 12-месячный период должны составлять 10 % или более от валового дохода семьи.
  - В число медицинских расходов из собственных средств входят доплаты, совместное страхование и нестрахуемый минимум.
  - Стоимость самого страхования, например ежемесячных страховых взносов, не входит в число медицинских расходов из собственных средств.

### Правила в отношении 350 % от федерального прожиточного минимума (FPG) в 2021 г.

Количество членов семьи:	Совокупный доход семьи не должен превышать:	
	Ежемесячно	Ежегодно
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

Посетите страницу [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty), чтобы получить информацию о правилах в отношении семей, насчитывающих большее количество человек.

## У Вас возникли вопросы?

Для получения более подробной информации о критериях программы MFA и списка оплачиваемых услуг здравоохранения посетите страницу [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).

**Если у Вас нет страхового полиса, Вам может потребоваться подать заявление на вступление в страховой план.**

- Так как программа MFA предоставляет только кратковременную финансовую помощь, мы можем потребовать, чтобы Вы подали документы на получение страхования на длительный срок. В число частных и государственных планов, на которые Вы можете иметь право, входят программа Medi-Cal и субсидируемые рыночные планы здравоохранения.
- Мы можем попросить Вас предоставить доказательства того, что Вы подали заявку на участие в этих программах или что Вы были одобрены для участия или Вам было в нем отказано. Вы можете иметь право на получение финансовой помощи по программе MFA, пока ожидаете решения в отношении участия в одной из других программ.
- Если у Вас нет медицинского страхового покрытия и Вы хотели бы узнать больше, обращайтесь по телефону 800-479-5764 (линия ТТУ: 711), чтобы получить дополнительную информацию о вариантах страхования.

## Как подать заявление

Если Вы соответствуете критериям, есть несколько путей подать заявление.

 <b>Через Интернет</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Заполните заявление на участие в программе MFA на веб-сайте <a href="http://www.kp.org/mfa/scal">www.kp.org/mfa/scal</a>.</li><li>Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в заявлении на участие в программе MFA на следующей странице.</li></ul>
 <b>По телефону</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Позвоните по телефону <b>1-800-390-3507</b> (линия ТТУ: <b>711</b>) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по Тихоокеанскому времени (Pacific Standard Time, PST).</li><li>Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в заявлении на участие в программе MFA на следующей странице.</li></ul>
 <b>Отправьте заявление по факсу</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.</li><li>Отправьте заполненное заявление по факсу: <b>1-866-497-0005</b>.</li></ul>
 <b>Отправьте заявление по почте</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.</li><li>Отправьте заявление по адресу: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li></ul>
 <b>Принесите заявление лично</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.</li><li>Принесите заполненное заявление лично в приемное отделение местного учреждения Kaiser Permanente.</li></ul>
 <b>Проконсультируйтесь с финансовым специалистом</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Запишитесь на прием к финансовому консультанту в одном из наших учреждений. Прием производится с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 PST.</li><li>Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в заявлении на участие в программе MFA на следующей странице.</li></ul>

**Важное примечание:** если Вы подаете заявление по почте, факсу или хотите принести его лично, удостоверьтесь, что Вы указали в нем всю необходимую информацию. Любая отсутствующая информация может задержать процесс обработки Вашего заявления.

### Чего следует ожидать после подачи заявления

После того как мы рассмотрим Ваше заявление, Вы получите извещение, в котором может находиться один из указанных ниже вариантов ответа.

- Ваше заявление было одобрено, и Вы получите финансовую помощь.
- Чтобы завершить процесс рассмотрения Вашего заявления, нам требуется дополнительная информация или документы, которые Вы можете отправить нам по почте или принести лично. В число требуемых документов может входить документ, подтверждающий Ваши доходы, или копии документов, свидетельствующих о Ваших медицинских расходах из собственных средств.
- Ваше заявление было отклонено. Вас поставят в известность о причинах отказа, и Вы сможете подать апелляцию, чтобы оспорить наше решение.

### Нужна помощь?

Если у Вас есть какие-либо вопросы или Вам необходима помощь в подаче заявления, звоните по тел. **1-800-390-3507** (линия ТТУ: **711**) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 PST. Вы также можете обратиться к финансовому консультанту в любом учреждении Kaiser Permanente.

## Бланк заявления на участие в программе финансовой помощи на медицинские услуги (MFA)

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Контактный номер телефона: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Номер социального страхования (SSN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

**Количество человек в семье:** количество всех проживающих в доме человек (включая Вас). В это число могут быть включены супруг (-а), гражданский партнер, отвечающий критериям участия, дети, родственник-опекун и т. д.

**Семейный доход (ежемесячный):** валовой доход всех членов семьи.

Отметьте ВСЕ источники дохода.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Доход с места работы / заработная плата                 | <input type="checkbox"/> Алименты / пособия на детей  |
| <input type="checkbox"/> Доход от бизнеса / доход от сдачи недвижимости в аренду | <input type="checkbox"/> Пособие или пенсия / ежегодное пособие   |
| <input type="checkbox"/> Пособие по безработице / пособие по инвалидности        | <input type="checkbox"/> Пособие по социальному страхованию / дополнительный доход по соц. обеспечению / пособие ветерану |

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

**Медицинские расходы:** все расходы, оплаченные из собственных средств за 12 месяцев на неотложную и необходимую по медицинским показаниям помощь, оказанную поставщиками услуг Kaiser Permanente или любыми другими поставщиками медицинских услуг. К таким расходам могут относиться доплаты, взносы, совместное страхование и нестрахуемые минимумы, потраченные для оплаты одобренных медицинских, фармацевтических или стоматологических услуг.

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

Укажите всех членов семьи, которые хотят принять участие в программе.

Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства	Номер медицинской карты
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**Не застрахованы? Мы в Kaiser Permanente готовы помочь.** Если у Вас нет медицинского страхового покрытия, мы поможем Вам разобраться в существующих вариантах страхования. Отметьте этот пункт, если Вы хотите, чтобы представитель Kaiser Permanente связался с Вами и обсудил доступные варианты.

Да, позвоните мне

Настоящим я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что вся указанная в данном заявлении информация является достоверной и точной во всех отношениях. Я также понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность перед организацией Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals по всем задолженностям за медицинские товары и услуги, расходы на оплату которых не покрываются в рамках программы (раздел «Сумма остатка»).

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Примечание:** организация Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals сохраняет за собой право на использование информации, полученной от кредитных агентств и других независимых источников информации, в целях определения моего соответствия условиям государственных медицинских программ, программ штата и частных медицинских программ, включая программу MFA.