KAISER PERMANENTE®

Chương Trình Trợ Cấp Tài Chính Y Tế (MFA) của Kaiser Permanente

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-966-5955** 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**1-800-966-5955** 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 **1-800-966-5955** y pida ayuda linguística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

Please recycle. January 2019

KAISER PERMANENTE®

Chương Trình Trợ Cấp Tài Chính Y Tế (MFA) của Kaiser Permanente

Nếu quý vị cần được trợ giúp để trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc thuốc theo toa mà quý vị đã nhận, hoặc đã được xếp lịch để nhận từ Kaiser Permanente, chương trình Trợ Cấp Tài Chính Y Tế (Medical Financial Assistance, MFA) của chúng tôi có thể giúp quýa vị.

Cách thức hoạt động của chương trình

- Chương trình cung cấp những khoản "trợ cấp" tạm thời để giúp những người yêu cầu hội đủ điều kiện trả chi phí chăm sóc dựa theo nhu cầu tài chính của quý vị.
- Chương trình dành cho mọi bệnh nhân Kaiser Permanente, cho dù quý vị có là hội viên hay không.
- Nếu được trợ cấp, chương trình sẽ đài thọ dịch vụ chăm sóc cấp cứu hay cần thiết về mặt y tế từ những nhà cung cấp Kaiser Permanente hoặc tại các cơ sở Kaiser Permanente trong một khoảng thời gian cụ thể.

Tiêu chuẩn hội đủ

Quý vị phải đáp ứng một trong những yêu cầu về tư cách hội đủ sau đây:

1. Tổng thu nhập của hộ gia đình quý vị không cao hơn 300% quy định mức nghèo khó liên bang.
2. Chi phí y tế tự trả của quý vị dành cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu hay cần thiết về mặt y tế, chăm sóc nha khoa và thuốc dùng trong khoảng thời gian 12 tháng bằng hay cao hơn 10% tổng thu nhập của hộ gia đình quý vị.
   - Chi phí tự trả bao gồm các khoản tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ.
   - Chi phí tự trả không bao gồm bất cứ khoản thanh toán nào cho chính chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, như phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.

300% quy định mức nghèo khó liên bang

Nếu số người trong hộ gia đình quý vị là:	Thu nhập của hộ gia đình quý vị không được cao hơn:	
	Hàng tháng	Hàng năm
1	$3,490	$41,880
2	$4,732	$56,790
3	$5,975	$71,700
4	$7,217	$86,610
5	$8,460	$101,520
6	$9,702	$116,430

Truy cập **aspe.hhs.gov/poverty** để tìm hiểu các quy định cho những hộ gia đình có nhiều người hơn.

Có thắc mắc?

Để biết thêm thông tin về việc hội đủ điều kiện với chương trình MFA, hoặc để biết chương trình này chi trả cho những dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào, hãy truy cập **www.kp.org/mfa/hawaii**.

Nếu quý vị không có bảo hiểm sức khỏe, quý vị có thể phải nộp đơn yêu cầu bảo hiểm.

- Vì chương trình MFA chỉ cung cấp những khoản trợ cấp tài chính tạm thời, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị nộp đơn yêu cầu bảo hiểm mà sẽ đài thọ cho quý vị trong thời gian dài. Những bảo hiểm này có thể bao gồm bất cứ chương trình bảo hiểm sức khỏe công hoặc tư nào khác mà quý vị đủ tiêu chuẩn — như QUEST Integration hoặc các chương trình trợ cấp có sẵn trên thị trường bảo hiểm sức khỏe.
- Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị trình bằng chứng cho thấy quý vị đã nộp đơn yêu cầu các chương trình này, hoặc bằng chứng cho thấy quý vị đã được chấp thuận hay bị từ chối từ các chương trình này. Nhưng quý vị vẫn có thể được trợ giúp tài chính từ chương trình MFA trong khi chờ đợi một quyết định từ những chương trình này.
- Để biết thêm thông tin về bảo hiểm sức khỏe khác mà quý vị có thể hội đủ điều kiện, hãy truy cập **healthcare.gov** hoặc gọi số **1-800-318-2596.**

KAISER PERMANENTE®

Hướng dẫn nộp đơn yêu cầu

Nếu quý vị đáp ứng những yêu cầu về tư cách hội đủ, quý vị có thể nộp đơn theo bất cứ cách nào sau đây.

Gặp một cố vấn tài chính	• Lấy hẹn với một cố vấn tài chính tại một trong những cơ sở được chỉ định của chúng tôi, thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều, Giờ Chuẩn Hawaii (Hawaiian Standard Time, HST). • Chuẩn bị cung cấp mọi thông tin được liệt kê trên đơn yêu cầu MFA tại trang tiếp theo.
Gọi cho chúng tôi	• Gọi cho chúng tôi tại **1-808-432-7940** (TTY **711**), thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều, HST. • Chuẩn bị cung cấp những thông tin được liệt kê trên đơn yêu cầu MFA tại trang tiếp theo.
Gửi qua đường bưu điện	• Hoàn tất đơn yêu cầu MFA tại trang sau. • Gửi đơn yêu cầu đã điền đầy đủ của quý vị đến: Kaiser Permanente MFA Program Dịch Vụ Kinh Doanh 3288 Moanalua Road Honolulu, HI 96819
Gửi fax	• Hoàn tất đơn yêu cầu MFA tại trang sau. • Gửi fax đơn yêu cầu đã điền đầy đủ của quý vị đến số **1-808-432-7950.**
Nộp trực tiếp	• Hoàn tất đơn yêu cầu MFA tại trang sau. • Nộp đơn yêu cầu đã điền đầy đủ của quý vị tại Phòng Dịch Vụ Kinh Doanh ở bất cứ cơ sở nào thuộc Kaiser Permanente.

Quan trọng: Khi nộp đơn qua đường bưu điện hoặc fax, hoặc nộp đơn trực tiếp, hãy nhớ điền đơn đầy đủ nhất có thể. Bất cứ thông tin bỏ sót nào có thể trì hoãn quy trình xử lý đơn yêu cầu.

Điều gì sẽ diễn ra sau khi quý vị nộp đơn

Sau khi chúng tôi duyệt xét đơn yêu cầu đã điền đầy đủ của quý vị, chúng tôi sẽ cho quý vị biết một trong những kết quả sau đây:

- Đơn yêu cầu của quý vị đã được chấp thuận và quý vị sẽ nhận được một khoản trợ cấp tài chính.
- Để hoàn tất việc xử lý đơn yêu cầu của quý vị, chúng tôi cần thêm thông tin và giấy tờ, mà quý vị có thể gửi cho chúng tôi qua đường bưu điện hay nộp trực tiếp; những thông tin này có thể bao gồm bằng chứng thu nhập hay bản sao các chi phí tự trả của quý vị.
- Đơn yêu cầu của quý vị đã bị từ chối và lý đo bị từ chối, trong trường hợp này, quý vị có thể khiếu nại quyết định của chúng tôi.

Cần trợ giúp?

Nếu quý vị có điều gì thắc mắc hay cần được trợ giúp với đơn yêu cầu của quý vị, vui lòng gọi đến **1-808-432-7940** (TTY **711**), thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ 30 sáng đến 5 giờ chiều, HST. Quý vị cũng có thể nói chuyện với một cố vấn tài chính tại bất cứ địa điểm nào thuộc Kaiser Permanente.

KAISER PERMANENTE®

Đơn yêu cầu Chương Trình Trợ Cấp Tài Chính Y Tế (MFA)

Tên: _____ Số hồ sơ y tế: _____

Ngày sinh: ____/____/____ Số liên lạc: (___) _____ Số An Sinh Xã Hội: _____-_____-_____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã vùng: _____

Số người trong hộ gia đình: Số thành viên trong gia đình (kể cả quý vị) sống tại nhà quý vị. Có thể bao gồm một người vợ/chồng hay bạn đời sống chung hội đủ điều kiện, con cái, một người thân chăm sóc không phải cha mẹ, v.v. _____

Thu nhập của hộ gia đình (hàng tháng): Tổng thu nhập cho mọi thành viên trong hộ gia đình. Đánh dấu MỌI loại thu nhập áp dụng:

- ☐ Thu Nhập Từ Việc Làm/Tiền Lương
- ☐ Thu Nhập Từ Việc Kinh Doanh/ Tài Sản Cho Thuê
- ☐ Quyền Lợi Thất Nghiệp/ Thu Nhập Khuyết Tật
- ☐ Tiền Cấp Dưỡng Vợ Chồng/Con Cái
- ☐ Lương Hưu hoặc Hưu Trí/ Trợ Cấp Hàng Năm
- ☐ An Sinh Xã Hội/Thu Nhập An Sinh Bổ Sung/Quyền Lợi Cựu Chiến Binh

$_____

Chi phí chăm sóc sức khỏe: Tổng chi phí tự trả mà quý vị có trong khoảng thời gian 12 tháng dành cho các dịch vụ cấp cứu hay cần thiết về mặt y tế được cung cấp bởi Kaiser Permanente hay bất cứ nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe nào khác. Có thể bao gồm các khoản tiền đồng trả, tiền đặt cọc, tiền đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ cho những dịch vụ y tế, nhà thuốc hay nha khoa hợp lệ.

$_____

Vui lòng liệt kê mọi thành viên trong hộ gia đình quý vị nộp đơn yêu cầu chương trình này.

Tên	**Ngày sinh**	**Mối quan hệ**	**Số hồ sơ y tế**
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Không có bảo hiểm? Kaiser Permanente có thể trợ giúp. Nếu quý vị không có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, chúng tôi có thể giúp quý vị hiểu những lựa chọn của quý vị. Đánh dấu vào ô này nếu quý vị muốn Kaiser Permanente liên lạc với quý vị để thảo luận các lựa chọn của quý vị.

☐ Có, hãy liên lạc với tôi

Bằng cách này tôi xin tuyên bố theo hình phạt khai man rằng mọi thông tin được trình bày ở trên trong đơn yêu cầu này là đúng sự thật và chính xác trên mọi phương diện. Tôi cũng xin xác nhận và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm với Kaiser Foundation Health Plan và Kaiser Foundation Hospitals về mọi số tiền còn nợ Kaiser Foundation Health Plan và Kaiser Foundation Hospitals đối với những hàng hóa và dịch vụ y tế không hợp lệ theo Chương Trình (“Số Tiền Còn Lại”).

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Lưu ý: Kaiser Foundation Health Plan và Kaiser Foundation Hospitals bảo lưu quyền sử dụng thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng và các nguồn thông tin bên thứ ba khác để xác định tư cách hội đủ với các chương trình y tế của liên bang, tiểu bang và tư nhân, kể cả Chương Trình MFA.