

## برنامه کمک مالی پزشکی (MFA)

اگر برای پرداخت هزینه خدمات درمانی یا نسخه‌هایی که از Kaiser Permanente دریافت کرده‌اید یا قرار است دریافت کنید به کمک نیاز دارید، برنامه کمک مالی پزشکی (MFA) می‌تواند به شما کمک کند. برای دریافت کمک می‌توانید درخواست خود را به همراه اطلاعات درآمد خانوار تکمیل و ارسال کنید.

### طرز کار برنامه

- این برنامه بر اساس نیاز مالی متقاضیان واجد شرایط، «اعطاهای» موقتی را برای کمک در پرداخت هزینه‌های درمانی ارائه می‌دهد.
- این اعطا برای همه بیماران Kaiser Permanente در دسترس است، خواه عضو آن باشید یا نباشید.
- در صورت اعطا، این برنامه مراقبت‌های اورژانسی/ فوری یا دارای ضرورت پزشکی را از سوی ارائه‌دهندگان Kaiser Permanente یا در مراکز Kaiser Permanente برای مدت مشخصی پوشش می‌دهد.
- این اعطا برای خدمات درمانی ارائه‌شده در خارج از مراکز Kaiser Permanente اعمال نمی‌شود.

دستورالعمل‌های فقر فدرال 2024 (FPG)		
تعداد اعضای خانوار/خانواده شما:	اعطای 100% برای درآمد ناخالص ماهانه خانوار معادل یا کمتر از FPG 200%	اعطای 50% برای درآمد ناخالص ماهانه خانوار بین 201% تا 300% FPG
1	تا \$2,510	\$2,511 تا \$3,765
2	تا \$3,407	\$3,408 تا \$5,110
3	تا \$4,303	\$4,304 تا \$6,455
4	تا \$5,200	\$5,201 تا \$7,800
5	تا \$6,097	\$6,098 تا \$9,145
6	تا \$6,993	\$6,994 تا \$10,490

### شرایط لازم

برای اینکه واجد شرایط شوید، باید یکی از معیارهای زیر را داشته باشید:

1. درآمد ناخالص خانوار شما (درآمد بدون احتساب مالیات و کسورات) معادل 300% یا زیر خط فقر فدرال باشد.

یا

2. هزینه‌های درمانی پرداختی از جیب‌تان برای مراقبت‌های اورژانسی یا دارای ضرورت پزشکی، مراقبت‌های دندانپزشکی، و دارو در یک دوره 12 ماهه برابر یا بیشتر از 10% درآمد ناخالص خانوار شما باشد.

○ هزینه‌های پرداختی از جیب شامل سهم بیمه‌شده، بیمه مشترک و فرانشیز می‌شود.

○ هزینه‌های پرداختی از جیب هیچ‌گونه پرداخت به خود طرح سلامت‌تان، مانند حق بیمه، را دربر نمی‌گیرد.

برای یافتن دستورالعمل‌های مربوط به خانوارهای پرجمعیت‌تر به نشانی [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) مراجعه کنید.

### سوالاتی دارید؟

برای اطلاعات بیشتر درباره واجدیت شرایط برای برنامه MFA، یا برای دیدن اینکه کدام خدمات درمانی را پوشش می‌دهد، به نشانی [kp.org/mfa/co](https://kp.org/mfa/co) مراجعه کنید، با شماره **303-338-3555** تماس بگیرید، یا این کد را اسکن کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزینه‌های پوشش مراقبت سلامت، با ما به شماره **1-800-479-5764** (TTY 711) تماس بگیرید.



### نحوه ارائه درخواست

در صورت واجدیت شرایط، می‌توانید به هر یک از روش‌های زیر درخواست دهید.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• درخواست MFA را آنلاین تکمیل کنید: <a href="http://kp.org/mfa/co">kp.org/mfa/co</a></li> <li>• آماده باشید تا تمام اطلاعات مندرج در درخواست MFA را در صفحه بعد ارائه دهید.</li> </ul>	<p>آنلاین </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• درخواست MFA را در صفحه زیر تکمیل کنید.</li> <li>• درخواست تکمیل‌شده خود را به شماره <b>1-855-300-3684</b> فکس کنید.</li> </ul>	<p>آن را فکس کنید </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• درخواست MFA را در صفحه زیر تکمیل کنید.</li> <li>• درخواست تکمیل‌شده خود را به نشانی زیر پست کنید:  <b>Northfield Support Services</b>  <b>11000 E. 45th Avenue</b>  <b>Denver, CO 80239-3003</b></li> </ul>	<p>آن را پست کنید </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• درخواست MFA را در صفحه زیر تکمیل کنید.</li> <li>• درخواست تکمیل‌شده خود را به بخش ثبت‌نام بیماران (Patient Registration) در هر یک از ساختمان‌های پزشکی Kaiser Permanente تحویل دهید.</li> </ul>	<p>آن را حضوری تحویل دهید </p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر به وقت MST با یک مشاور مالی در یکی از مراکز مخصوص ما ملاقات کنید.</li> <li>• آماده باشید تا تمام اطلاعات مندرج در درخواست MFA را در صفحه بعد ارائه دهید.</li> </ul>	<p>با مشاور مالی ملاقات کنید </p>

**مهم:** هنگام درخواست آنلاین، از طریق پست یا فکس، یا تحویل حضوری درخواست‌تان، لطفاً تا جایی که می‌توانید فرم درخواست را تکمیل کنید. ناقص بودن اطلاعات ممکن است رسیدگی به درخواست شما را به تأخیر بیندازد و منجر به رد درخواست کمک شود.

### به کمک نیاز دارید؟

اگر سوالی دارید، در مورد درخواست‌تان به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید وضعیت درخواست‌تان را بررسی کنید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 10 صبح تا 3 بعدازظهر به وقت MST با شماره **303-338-3555** تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با یک مشاور مالی در هر یک از مراکز مخصوص Kaiser Permanente صحبت کنید.

**سند اثبات درآمد**

تأیید درآمد بخشی از تعیین واجدیت شرایط برای کمک مالی پزشکی است. ارائه مدارک اثبات درآمد به همراه درخواست تکمیل شده به تأیید صحت درآمد شما در طول فرایند بررسی کمک می‌کند. اسناد اختیاری که با توجه به منبع(های) درآمد خانوارتان می‌توانید ارسال کنید در جدول زیر آمده است.

منبع(های) درآمد خانوار	برای هر منبع درآمد، فقط یکی از موارد زیر را ارائه دهید
درآمد کسب و کار/اجاره	فرم‌های اخیر W-2، اظهاریه(های) 1099 یا اظهارنامه مالیاتی
درآمد حاصل از اشتغال/دستمزد	فیش‌های حقوقی اخیر فرم‌های اخیر W-2، اظهاریه(های) 1099 یا اظهارنامه مالیاتی
دریافت درآمد مستمری/بازنشستگی/سنوات	فیش‌های حقوقی اخیر صورتحساب پرداخت مستمری/حقوق بازنشستگی فرم‌های اخیر W-2، اظهاریه(های) 1099 یا اظهارنامه مالیاتی
درآمد خویش فرما	فیش‌های حقوقی اخیر فرم‌های اخیر W-2، اظهاریه(های) 1099 یا اظهارنامه مالیاتی
تأمین اجتماعی/درآمد تأمین تکمیلی	نامه تأیید مزایا از سازمان تأمین اجتماعی صورتحساب تأمین اجتماعی
درآمد معلولیت/مزایای بیکاری	نامه تأیید مزایای بیکاری/ازکارافتادگی فرم‌های اخیر W-2، اظهاریه(های) 1099 یا اظهارنامه مالیاتی
درآمد مزایای کهنه‌سربازان	نامه تأیید مزایای VA فرم‌های اخیر W-2، اظهاریه(های) 1099 یا اظهارنامه مالیاتی
کمک‌های دولتی (به عنوان مثال، Medicaid، TANF، SNAP، WIC یا مسکن افراد کم‌درآمد)	تأیید نامه واجدیت شرایط
درآمد حاصل از بهره یا سود سهام	اظهاریه مالیاتی اخیر
دریافت کمک‌هزینه همسر/فرزند	نامه‌ای که درآمد ناخالص ماهانه دریافتی برای کمک‌هزینه فرزند یا نفقه را نشان دهد
بدون درآمد خانواده	گواهی/توضیح کتبی

**آنچه بعد از درخواست، باید انتظار داشت**

- پس از بررسی درخواست تکمیل شده شما، یکی از نتایج زیر را ظرف سی (30) روز پس از دریافت به شما اطلاع خواهیم داد:
- اگر درخواست شما تأیید شود، نامه‌ای مبنی بر اعطای مالی خود دریافت خواهید کرد.
  - اگر درخواست شما ناقص باشد، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که اطلاعات مورد نیاز برای پردازش درخواست را توضیح می‌دهد. می‌توانید اطلاعات درخواستی را به صورت پستی یا حضوری ارسال کنید؛ این اطلاعات می‌تواند شامل گواهی اثبات درآمد یا کپی از هزینه‌های پرداختی از جیب شما باشد.
  - اگر درخواست شما رد شود، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که دلیل رد شدن آن را به شما اطلاع می‌دهد، در این صورت می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید.

**درخواست برنامه کمک مالی پزشکی (MFA)**

**بخش 1: اطلاعات بیمار**

نام	شماره پرونده پزشکی (اختیاری)
تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی (اختیاری)
نشانی پستی (خیابان)	شماره تأمین اجتماعی ندارم <input type="checkbox"/>

شهر	ایالت	زیپکد
-----	-------	-------

آیا بیمار در حال حاضر فاقد مسکن است؟  بله  خیر

آیا بیمار عضو برنامه کمک دولتی مانند برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، کمک موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)، زنان، نوزادان و کودکان (WIC)، مسکن افراد کم‌درآمد یا Medicaid است؟  بله  خیر

شماره تلفن اصلی  خانه  تلفن همراه  محل کار  سایر

**بخش 2: اطلاعات خانوار**

**تعداد افراد خانوار:** تعداد اعضای خانوار (با احتساب خودتان) که در خانه شما زندگی می‌کنند. می‌تواند شامل همسر یا پارتنر رسمی و اجدهشرايط، فرزندان، مراقب غیر از والدین، بستگان و غیره باشد.

**درآمد خانوار (ماهانه):** مجموع درآمد ناخالص (درآمد قبل از اعمال مالیات و کسورات) همه اعضای خانوار که بالای 18 سال سن دارند. همه انواع درآمد که مصداق دارند را علامت بزنید:

<input type="checkbox"/> درآمد کسب‌وکار/اجاره	<input type="checkbox"/> درآمد تأمین اجتماعی/تأمین تکمیلی
<input type="checkbox"/> درآمد حاصل از اشتغال/دستمزد	<input type="checkbox"/> مزایای بیکاری/درآمد از کارافتادگی
<input type="checkbox"/> درآمد مزایای کهنه‌سربازان	<input type="checkbox"/> دریافت کمک هزینه همسر/فرزند
<input type="checkbox"/> درآمد حاصل از بهره یا سود سهام	<input type="checkbox"/> دریافت درآمد مستمری/بازنشستگی/سنوات
<input type="checkbox"/> درآمد خویش‌فرما	<input type="checkbox"/> هیچ‌کس در خانواده من درآمد ندارد یا در 2 ماه گذشته، درآمدی کسب نکرده است

اگر درآمد ناخالص سالانه همه اعضای خانوار صفر است، کادر گواهی را در بالا و پایین علامت بزنید و کتباً توضیح دهید که چگونه اعضای بزرگسال خانواده بدون اینکه درآمدی داشته باشند از پس هزینه‌های غذا، سرپناه، خدمات شهری و سایر ملزومات برمی‌آیند.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**هزینه‌های مراقبت سلامت:** مجموع هزینه‌هایی که در طول یک دوره 12 ماهه برای خدمات اورژانسی یا دارای ضرورت پزشکی ارائه‌شده توسط Kaiser Permanente یا هر ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت دیگری از جیب خود پرداخت کرده‌اید. می‌تواند سهم بیمه‌شده، واریزها، بیمه مشترک یا فرانشیز برای خدمات پزشکی، دارویی یا دندانپزشکی و اجدهشرايط را دربرگیرد.

\_\_\_\_\_

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

لطفاً نام تمام اعضای خانوارتان که درخواست کمک مالی پزشکی دارند را بنویسید.  
 نام تاریخ تولد نسبت شماره پرونده پزشکی

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**بدون بیمه هستید؟ Kaiser Permanente می‌تواند کمک کند.** اگر بیمه درمانی ندارید، می‌توانیم کمک کنیم تا از گزینه‌های پیش روی خود مطلع شوید. اگر می‌خواهید Kaiser Permanente با شما تماس بگیرد تا در مورد این گزینه‌ها صحبت کند، این کادر را علامت بزنید یا می‌توانید برای دریافت قیمت با ما به شماره (TTY 711) **1-800-479-5764** تماس بگیرید.  
 بله، با من تماس گرفته شود

بدین وسیله اعلام می‌کنم که تمام اطلاعات مندرج در این درخواست از هر نظر درست، دقیق و کامل است. همچنین تصدیق و موافقت می‌کنم که در خصوص تمام مبالغ بدهی به Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals بابت کالاها و خدمات پزشکی که تحت این برنامه واجد شرایط نیستند («مبالغ باقیمانده»)، در قبال Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) مسئول هستم.

**توجه:** در صورت عدم ارائه گواهی اثبات درآمد، Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals از اطلاعات آژانس‌های گزارش‌دهی اعتبار مصرف‌کننده و سایر منابع اطلاعاتی شخص ثالث برای تعیین واجدیت شرایط برای برنامه‌های پزشکی فدرال، ایالتی و خصوصی، از جمله برنامه MFA استفاده می‌کند.

با ارسال این درخواست، به KFH/HP اجازه می‌دهم برای تأیید هرگونه اطلاعات ضروری ارائه‌شده در این درخواست، اطلاعاتی را از آژانس‌های گزارش‌دهی اعتبار مصرف‌کننده و سایر منابع اطلاعاتی شخص ثالث درخواست کند.

	امضا
تاریخ	

تمام تلاش ما این است که در اسرع وقت به درخواست شما رسیدگی کنیم و پس از بررسی درخواست، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که نتیجه را تأیید می‌کند.

# NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

**English:** If you need help in your language, language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). Call our Member Service Contact Center at 1-800-464-4000 (TTY 711) for help or visit any registration desk for more information at any Kaiser Permanente hospital, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronic formats are also available.

**Chinese:** 如果您需要使用您的语言获得帮助，我们每周 7 天、每天 24 小时免费提供语言帮助（节假日休息）。请致电 1-800-464-4000 (TTY 711) 联络我们的会员服务联络中心以寻求帮助，或前往任何 Kaiser Permanente 医院的登记台了解更多信息，我们的服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。我们还为残疾人提供辅助工具和服务，例如盲文、大字体、音频和其他无障碍电子格式的文档。

**Spanish:** Si necesita ayuda en su idioma, contamos con asistencia de idiomas sin costo alguno para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (TTY 711) para obtener ayuda. O visite el mostrador de recepción en cualquier hospital de Kaiser Permanente para obtener más información, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También ofrecemos ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles.