

โปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA)

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพหรือค่าใบสั่งยาที่คุณได้รับแล้ว หรือมีกำหนดจะเข้ารับจาก Kaiser Permanente โปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA) ของเราอาจช่วยคุณได้ คุณสามารถสมัครได้โดยการกรอกและส่งใบสมัคร รวมถึงข้อมูลรายได้ครัวเรือนของคุณ

โปรแกรมนี้ทำงานอย่างไร

- โปรแกรมจะมอบ “รางวัล” ชั่วคราวเพื่อช่วยผู้สมัครที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจ่ายค่าดูแลตามความจำเป็นทางการเงินของคุณ
- มีให้แก่ผู้ป่วยของ Kaiser Permanente ทุกคน ไม่ว่าคุณจะเป็นสมาชิกหรือไม่ก็ตาม
- หากได้รับรางวัล โปรแกรมจะครอบคลุมการดูแลสุขภาพ/เร่ด่วน หรือที่จำเป็นทางการแพทย์ทั้งหมดจากผู้ให้บริการของ Kaiser Permanente หรือที่สถานบริการของ Kaiser Permanente ตามเวลาที่ระบุไว้
- รางวัลนี้ไม่รวมถึงบริการดูแลสุขภาพที่ให้บริการและเรียกเก็บเงินนอกสถานบริการของ Kaiser Permanente

วิธีการคัดเลือก

คุณต้องมีคุณสมบัติตรงตามหนึ่งในเกณฑ์ต่อไปนี้จึงจะผ่านการคัดเลือก:

1. รายได้ครัวเรือนรวม (รายได้ก่อนหักภาษีและค่าลดหย่อน) ของคุณคิดเป็น 300% ของการตัดสินใจระดับความยากจนของรัฐบาลกลางหรือต่ำกว่า
- หรือ
2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ต้องชำระเองสำหรับบริการฉุกเฉินหรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ทันตกรรม และค่ายาในระยะเวลา 12 เดือนคิดเป็น 10% ของรายได้ครัวเรือนรวมหรือมากกว่า
 - ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองรวมถึงยอดเงินคงที่ร่วมจ่าย การประกันร่วม และความรับผิดชอบส่วนแรก
 - ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองไม่รวมถึงการชำระเงินใดๆ สำหรับตัวแผนประกันสุขภาพเอง เช่น เบี้ยประกันรายเดือน

แนวทางตัดสินความยากจนของรัฐบาลกลาง (Federal Poverty Guidelines, FPG) ปี 2024		
หากขนาดครัวเรือน/ครอบครัวของคุณคือ:	รางวัล 100% สำหรับรายได้ครัวเรือนรวมที่คิดเป็น 200% ของ FPG หรือต่ำกว่า	รางวัล 50% สำหรับรายได้ครัวเรือนรวมที่อยู่ระหว่าง 201% ถึง 300% ของ FPG
1	ไม่เกิน \$2,510 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$2,511 ถึง \$3,765 ดอลลาร์สหรัฐฯ
2	ไม่เกิน \$3,407 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$3,408 ถึง \$5,110 ดอลลาร์สหรัฐฯ
3	ไม่เกิน \$4,303 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$4,304 ถึง \$6,455 ดอลลาร์สหรัฐฯ
4	ไม่เกิน \$5,200 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$5,201 ถึง \$7,800 ดอลลาร์สหรัฐฯ
5	ไม่เกิน \$6,097 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$6,098 ถึง \$9,145 ดอลลาร์สหรัฐฯ
6	ไม่เกิน \$6,993 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$6,994 ถึง \$10,490 ดอลลาร์สหรัฐฯ

สามารถค้นหาแนวทางสำหรับครัวเรือนที่ใหญ่กว่านี้ได้ที่ aspe.hhs.gov/poverty

หากมีข้อสงสัย






สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่านเกณฑ์คุณสมบัติสำหรับโปรแกรม MFA หรือหากต้องการดูว่าโปรแกรมจะจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพใดบ้าง ให้ไปที่ kp.org/mfa/ga โทร 404-949-5112 (TTY 711) หรือสแกนรหัสนี้

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวเลือกความคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพ โปรดโทรติดต่อเราที่ 1-800-479-5764 (TTY 711)



วิธีการสมัคร

หากคุณมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ คุณสามารถสมัครด้วยวิธีใดต่อไปนี้ก็ได้

 <p>ออนไลน์</p>	<ul style="list-style-type: none"> กรอกใบสมัครเข้าร่วม MFA ออนไลน์ kp.org/mfa/ga โปรดเตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดที่ระบุในใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไป
 <p>ทางแฟกซ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไปนี ส่งแฟกซ์ใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วไปที่ 1-877-899-5635
 <p>ทางไปรษณีย์</p>	<ul style="list-style-type: none"> กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไปนี ส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วทางไปรษณีย์ไปที่: Kaiser Permanente MFA Program Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Rd., NE Atlanta, GA 30305
 <p>ส่งด้วยตัวเอง</p>	<ul style="list-style-type: none"> กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไปนี ส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วด้วยตัวเองที่แผนก Patient Business Office ในอาคารสำนักงานทางการแพทย์ของ Kaiser Permanente ทุกแห่ง
 <p>เข้าพบที่ปรึกษาทางการเงิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> เข้าพบที่ปรึกษาทางการเงินที่หนึ่งในสถานบริการที่กำหนดของเรา ได้ในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ตั้งแต่ 8.30 น. ถึง 16.00 น. ตามเวลามาตรฐานตะวันออก โปรดเตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดที่ระบุในใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไป

สำคัญ: เมื่อสมัครออนไลน์ สมัครทางไปรษณีย์หรือแฟกซ์ หรือส่งใบสมัครด้วยตัวเอง โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่ากรอกข้อมูลในใบสมัครให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนอาจทำให้กระบวนการสมัครของคุณล่าช้า และอาจส่งผลให้ถูกปฏิเสธการช่วยเหลือได้

หากต้องการความช่วยเหลือ

หากคุณมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร หรือต้องการตรวจสอบสถานะใบสมัครของคุณ โปรดโทรติดต่อที่ **404-949-5112 (TTY 711)** ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ 8.30 น. ถึง 16.00 น. ตามเวลามาตรฐานตะวันออก คุณยังสามารถพูดคุยกับที่ปรึกษาทางการเงินในสถานที่ของ Kaiser Permanente ที่กำหนดได้ด้วยเช่นกัน

เอกสารรับรองรายได้

การตรวจสอบรายได้เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจว่ามีสิทธิ์รับความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์หรือไม่ การแนบเอกสารรับรองรายได้มาพร้อมกับใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วจะช่วยยืนยันความแม่นยำของรายได้ของคุณ ในกระบวนการตรวจสอบ ตารางทางด้านล่างจะระบุเอกสารทางเลือกที่จะต้องจัดส่งตามแหล่งที่มาของรายได้ครัวเรือนของคุณ

แหล่งที่มาของรายได้ครัวเรือน	ส่งมอบหนึ่งในเอกสารต่อไปนี้เพียงฉบับเดียวตามแหล่งที่มาของรายได้
รายได้จากธุรกิจ/การปล่อยเช่า	หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
รายได้จากการจ้างงาน/ค่าแรง	ประวัติค่าจ้างล่าสุด หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
เงินบำนาญ/เงินเกษียณ/เงินประจำปีที่ได้รับ	ประวัติค่าจ้างล่าสุด หนังสือรับรองเงินบำนาญ/เงินกองทุนเกษียณ หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
รายได้จากอาชีพอิสระ	ประวัติค่าจ้างล่าสุด หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
รายได้จากประกันสังคม/ประกันเสริม	หนังสือรับรองสิทธิประโยชน์จากสำนักงานประกันสังคม หนังสือรับรองประกันสังคม
รายได้จากเงินชดเชยการว่างงาน/ผู้พิการ	หนังสือรับรองเงินชดเชยการว่างงาน/ผู้พิการ หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
รายได้จากสิทธิประโยชน์ทหารผ่านศึก	หนังสือรับรองสิทธิประโยชน์ VA หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
ความช่วยเหลือจากรัฐ (เช่น Medicaid, TANF, SNAP, WIC หรือที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย)	หนังสือรับรองการผ่านเกณฑ์
รายได้จากดอกเบี้ยหรือเงินปันผล	เงินคืนภาษีล่าสุด
ค่าอุปการะเลี้ยงดูคู่สมรส/บุตรที่ได้รับ	หนังสือแสดงรายได้รวมต่อเดือนที่ได้รับจากค่าเลี้ยงดูบุตรหรือค่าอุปการะเลี้ยงดู
ไม่มีรายได้ครัวเรือน	ค่าให้การ/ค่าชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร

สิ่งที่คุณจะพบหลังจากสมัคร

หลังจากที่เราตรวจสอบใบสมัครที่คุณกรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบผลข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ภายในสามสิบ (30) วันหลังจากได้รับ:

- หากใบสมัครของคุณได้รับอนุมัติ คุณจะได้รับหนังสือแจ้งรางวัลทางการเงินของคุณ
- หากใบสมัครของคุณไม่สมบูรณ์ คุณจะได้รับหนังสือชี้แจงข้อมูลที่จำเป็นต่อการประมวลผลใบสมัครของคุณ คุณสามารถส่งข้อมูลที่ขอได้ทั้งทางไปรษณีย์และมาส่งด้วยตัวเอง ซึ่งอาจรวมถึงเอกสารรับรองรายได้หรือสำเนาค่าใช้จ่ายที่คุณชำระเอง
- หากใบสมัครของคุณถูกปฏิเสธ คุณจะได้รับหนังสือแจ้งสาเหตุที่ทำให้ถูกปฏิเสธ โดยในกรณีนี้คุณสามารถอุทธรณ์การตัดสินใจของเราได้

**ใบสมัครเข้าร่วมโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์
 (Medical Financial Assistance, MFA)**

ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ป่วย			
ชื่อ	หมายเลขเวชระเบียน (ไม่บังคับ)		
วันเดือนปีเกิด	หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ) <input type="checkbox"/> ฉันไม่มีหมายเลขประกันสังคม		
ที่อยู่ทางไปรษณีย์ (ถนน)			
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	
ขณะนี้ผู้ป่วยไม่มีที่อยู่อาศัยใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หมายเลขโทรศัพท์หลัก	<input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> มือถือ	<input type="checkbox"/> ที่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ
ผู้ป่วยได้ลงทะเบียนกับโปรแกรมช่วยเหลือระดับมลรัฐ เช่น Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือ Medicaid ไหมหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
ส่วนที่ 2: ข้อมูลครัวเรือน			
ขนาดครัวเรือน: จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (รวมถึงตัวคุณเอง) ที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ อาจประกอบด้วยคู่สมรส ผู้อยู่กินด้วยกันที่ผ่านการรับรอง บุตรหลาน ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บิดามารดา ญาติ ฯลฯ		_____	
รายได้ครัวเรือน (ต่อเดือน): รายได้รวมทั้งหมด (รายได้ก่อนหักภาษีและค่าลดหย่อน) ของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่มีอายุมากกว่า 18 ปี กาที่ประเภทรายได้ทุกข้อที่ใช้:		_____	
<input type="checkbox"/> รายได้จากธุรกิจ/การปล่อยเช่า	<input type="checkbox"/> รายได้จากประกันสังคม/ประกันเสริม		
<input type="checkbox"/> รายได้จากการทำงาน/ค่าแรง	<input type="checkbox"/> รายได้จากเงินชดเชยการว่างงาน/ผู้พิการ		
<input type="checkbox"/> รายได้จากสิทธิประโยชน์ทหารผ่านศึก	<input type="checkbox"/> ค่าอุปการะเลี้ยงดูคู่สมรส/บุตรที่ได้รับ		
<input type="checkbox"/> รายได้จากดอกเบี้ยหรือเงินปันผล	<input type="checkbox"/> เงินบำนาญ/เงินเกษียณ/เงินประจำปีที่ได้รับ		
<input type="checkbox"/> รายได้จากอาชีพอิสระ	<input type="checkbox"/> ไม่มีใครในครัวเรือนของฉันมีรายรับหรือได้รับรายได้ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา		
หากรายได้รวมต่อปีของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนเป็นศูนย์ ให้กาช่องค่าให้การทางด้านบนและด้านล่าง ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรว่าสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่ดำรงชีวิตอยู่อย่างไรโดยปราศจากรายได้ เช่น อาหาร ที่พัก สาธารณูปโภค และสิ่งจำเป็นอื่นๆ		_____	
_____		\$ _____	
_____		\$ _____	
ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ: ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองทั้งหมดของคุณในระยะเวลา 12 เดือนสำหรับบริการฉุกเฉินหรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ที่มอบให้โดย Kaiser Permanente หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นใด อาจรวมถึงยอดเงินคงที่ร่วมจ่าย เงินมัดจำ การประกันร่วม หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับบริการทางการแพทย์ ยา หรือทันตกรรมที่มีสิทธิ์		\$ _____	

โปรดระบุสมาชิกในครัวเรือนของคุณทุกคนที่สมัครเข้ารับความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์

ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	ความสัมพันธ์	# เวชระเบียน
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

หากไม่มีประกัน Kaiser Permanente ช่วยได้ หากคุณไม่มีความคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพ เราสามารถช่วยคุณทำความเข้าใจตัวเลือกที่คุณมีได้ กาขของนี้หากต้องการให้ Kaiser Permanente ติดต่อคุณเพื่อหารือเกี่ยวกับตัวเลือกที่คุณมี หรือโทรติดต่อเราได้ที **1-800-479-5764 (TTY 711)** เพื่อรับการเสนอราคา

โปรดติดต่อด้าน

ข้าพเจ้าขอประกาศไว้ ณ ที่นี้ว่าข้อมูลทั้งหมดที่ระบุไว้ข้างต้นในใบสมัครนี้เป็นความจริง เทียงตรง และสมบูรณ์ทุกประการ ข้าพเจ้ายังรับทราบและยอมรับว่าข้าพเจ้ามีภาระรับผิดชอบต่อ Kaiser Foundation Health Plan และโรงพยาบาล (KFH/HP) ตามจำนวนที่เป็นหนี้ต่อ Kaiser Foundation Health Plan และโรงพยาบาลสำหรับสินค้าและบริการทางการแพทย์ที่ไม่เข้าเกณฑ์ของโปรแกรม (“จำนวนคงเหลือ”)

หมายเหตุ: หากไม่ได้มอบเอกสารรับรองรายได้ Kaiser Foundation Health Plan และโรงพยาบาลจะใช้ข้อมูลจากสำนักงานรายงานเครดิตผู้บริโภคและแหล่งข้อมูลซึ่งเป็นบุคคลที่สามอื่นๆ เพื่อตัดสินคุณสมบัติที่มีสิทธิ์ของโปรแกรมทางการแพทย์ในระดับรัฐบาลกลาง มลรัฐ และเอกชน รวมถึงโปรแกรม MFA

เมื่อส่งใบสมัครนี้ ถือว่าข้าพเจ้าอนุญาตให้ KFH/HP ขอข้อมูลจากสำนักงานรายงานเครดิตผู้บริโภคและแหล่งข้อมูลซึ่งเป็นบุคคลที่สามอื่นๆ เพื่อยืนยันข้อมูลใดๆ ที่มอบให้ไว้ในใบสมัครนี้ซึ่งถือว่าจำเป็นต้องตรวจสอบ

ลายมือชื่อ	วันที่
------------	--------

เราจะใช้ความพยายามตามสมควรทั้งหมดเพื่อดำเนินการกับใบสมัครของคุณอย่างรวดเร็วที่สุด และเมื่อใบสมัครของคุณได้รับการตรวจสอบแล้ว คุณจะได้รับหนังสือยืนยันผล

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.