

## Πρόγραμμα Ιατρικής Χρηματοδοτικής Βοήθειας (MFA)

Εάν χρειάζεστε βοήθεια για την πληρωμή των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης ή των συνταγών που έχετε λάβει ή πρόκειται να λάβετε από την Kaiser Permanente, το πρόγραμμά μας Ιατρική Χρηματοδοτική Βοήθεια (MFA) μπορεί να σας βοηθήσει. Μπορείτε να υποβάλετε αίτηση συμπληρώνοντας και υποβάλλοντας μια αίτηση, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών για το εισόδημα του νοικοκυριού σας.

### Πώς λειτουργεί το πρόγραμμα

- Το πρόγραμμα προσφέρει προσωρινές “απονομές” για να βοηθήσει τους αιτούντες που πληρούν τις προϋποθέσεις να πληρώσουν για τη φροντίδα με βάση τις οικονομικές τους ανάγκες.
- Είναι διαθέσιμο σε όλους τους ασθενείς της Kaiser Permanente, είτε είστε μέλος είτε όχι.
- Εφόσον απονεμηθεί, το πρόγραμμα θα καλύπτει την παροχή επείγουσας/κατεπείγουσας ή ιατρικά απαραίτητης περίθαλψης από παρόχους της Kaiser Permanente ή σε εγκαταστάσεις της Kaiser Permanente για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- Η απονομή δεν ισχύει για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται και τιμολογούνται εκτός των εγκαταστάσεων της Kaiser Permanente.

### Επιλεξιμότητα απονομής

Για να δικαιούστε την απονομή του βραβείου, πρέπει να πληροίτε ένα από τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Το μεικτό εισόδημα του νοικοκυριού σας (εισόδημα προ φόρων και κρατήσεων) είναι 300% ή λιγότερο του ομοσπονδιακού ορίου φτώχειας.

#### Ή

2. Οι εξ ιδίων πόρων δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για επείγουσα ή ιατρικά απαραίτητη περίθαλψη, οδοντιατρική περίθαλψη και φαρμακευτική αγωγή σε διάστημα 12 μηνών είναι ίσες ή μεγαλύτερες από το 10% του ακαθάριστου εισοδήματος του νοικοκυριού σας.
  - Οι εξ ιδίων πόρων δαπάνες περιλαμβάνουν πληρωμές για συμμετοχή, συνασφάλιση και εκπαιπτόμενες πληρωμές.
  - Οι εξ ιδίων πόρων δαπάνες δεν περιλαμβάνουν πληρωμές για το ίδιο το πρόγραμμα υγείας, όπως το μηνιαίο ασφάλιστρο.

### Ομοσπονδιακές Κατευθυντήριες Γραμμές Επιπέδου Φτώχειας (FPG) 2024

Εάν το μέγεθος του νοικοκυριού/ της οικογένειάς σας είναι:	Απονομή 100% για ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού ίσο ή χαμηλότερο από το 200% του FPG	Απονομή 50% για ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού μεταξύ 201% και 300% του FPG
1	Έως \$2,510	\$2,511 έως \$3,765
2	Έως \$3,407	\$3,408 έως \$5,110
3	Έως \$4,303	\$4,304 έως \$6,455
4	Έως \$5,200	\$5,201 έως \$7,800
5	Έως \$6,097	\$6,098 έως \$9,145
6	Έως \$6,993	\$6,994 έως \$10,490

Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) για να βρείτε τις κατευθυντήριες γραμμές για μεγαλύτερα νοικοκυριά.

### Έχετε ερωτήσεις;





Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις προϋποθέσεις συμμετοχής στο πρόγραμμα MFA ή για να δείτε ποιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καλύπτει, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα [kp.org/mfa/mas](https://kp.org/mfa/mas), καλέστε το **1-844-412-0919**, (TTY 711), ή σαρώστε αυτόν τον κωδικό.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις επιλογές κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης, καλέστε μας στο **1-800-479-5764** (TTY 711).



## Πώς να υποβάλετε αίτηση

Εάν πληροίτε τις προϋποθέσεις επιλεξιμότητας, μπορείτε να υποβάλετε αίτηση με οποιονδήποτε από τους ακόλουθους τρόπους.

 Ηλεκτρονικά	<ul style="list-style-type: none"><li>• Συμπληρώστε ηλεκτρονικά την αίτηση MFA στον ιστότοπο <a href="http://kp.org/mfa/mas">kp.org/mfa/mas</a></li><li>• Στην επόμενη σελίδα της αίτησης MFA, θα χρειαστεί να συμπληρώσετε όλες τις πληροφορίες που παρατίθενται.</li></ul>
 Αποστολή με φαξ	<ul style="list-style-type: none"><li>• Συμπληρώστε την αίτηση MFA στην επόμενη σελίδα.</li><li>• Στείλτε με φαξ τη συμπληρωμένη αίτησή σας στο <b>1-855-414-1713</b>.</li></ul>
 Αποστολή με ταχυδρομείο	<ul style="list-style-type: none"><li>• Συμπληρώστε την αίτηση MFA στην επόμενη σελίδα.</li><li>• Ταχυδρομήστε τη συμπληρωμένη αίτησή σας στη διεύθυνση: Kaiser Permanente MFA Program 2101 East Jefferson Street Rockville, MD 20852</li></ul>
 Παράδοση αίτησης	<ul style="list-style-type: none"><li>• Συμπληρώστε την αίτηση MFA στην επόμενη σελίδα.</li><li>• Παραδώστε τη συμπληρωμένη αίτησή σας στις Υπηρεσίες Μελών σε οποιοδήποτε ιατρικό κέντρο Kaiser Permanente.</li></ul>

**Σημαντικό:** Όταν υποβάλλετε την αίτησή σας ηλεκτρονικά, ταχυδρομικά ή με φαξ ή όταν παραδίδετε την αίτησή σας αυτοπροσώπως, φροντίστε να τη συμπληρώσετε όσο το δυνατόν πληρέστερα. Η έλλειψη πληροφοριών μπορεί να καθυστερήσει την επεξεργασία της αίτησής σας και να οδηγήσει σε απόρριψη της βοήθειας.

### Χρειάζεστε βοήθεια;

Εάν έχετε ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια με την αίτησή σας, καλέστε στο **1-844-412-0919 (TTY 711)**, από Δευτέρα έως Παρασκευή, 9:30 π.μ. έως 3:30 μ.μ., EST. Μπορείτε επίσης να μιλήσετε με έναν εκπρόσωπο των Υπηρεσιών Μελών σε οποιαδήποτε τοποθεσία της Kaiser Permanente.

## Τεκμηρίωση απόδειξης εισοδήματος

Η επαλήθευση του εισοδήματος αποτελεί μέρος του προσδιορισμού της επιλεξιμότητας για ιατρική οικονομική βοήθεια. Η επισύναψη δικαιολογητικών που αποδεικνύουν το εισόδημά σας μαζί με τη συμπληρωμένη αίτησή σας θα βοηθήσει στην επιβεβαίωση της ακρίβειας του εισοδήματός σας κατά τη διαδικασία εξέτασης. Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται τα προαιρετικά έγγραφα που πρέπει να υποβάλετε ανάλογα με την πηγή ή τις πηγές εισοδήματος του νοικοκυριού σας.

<b>Πηγή(ες) εισοδήματος νοικοκυριού</b>	<b>Αναφέρετε μόνο ένα από τα ακόλουθα ανά πηγή εισοδήματος</b>
Εισόδημα από επιχειρήσεις/ενοικιάσεις	Πρόσφατα φορολογικά έντυπα W-2, 1099 ή φορολογική δήλωση
Εισόδημα από την απασχόληση/ μισθούς	Πρόσφατα αποκόμματα μισθών Πρόσφατα φορολογικά έντυπα W-2, 1099 ή φορολογική δήλωση
Έσοδα από συντάξεις/ συνταξιοδοτήσεις/προσόδους	Πρόσφατα αποκόμματα μισθών Κατάσταση εκταμίευσης συντάξεων/συντάξεων Πρόσφατα φορολογικά έντυπα W-2, 1099 ή φορολογική δήλωση
Εισόδημα από αυτοαπασχόληση	Πρόσφατα αποκόμματα μισθών Πρόσφατα φορολογικά έντυπα W-2, 1099 ή φορολογική δήλωση
Κοινωνική ασφάλιση/ συμπληρωματικό εισόδημα	Επιστολή επαλήθευσης παροχών από τη Διοίκηση Κοινωνικής Ασφάλισης Δήλωση κοινωνικής ασφάλισης
Επιδόματα ανεργίας/εισόδημα από αναπηρία	Επιστολή επαλήθευσης παροχών ανεργίας/αναπηρίας Πρόσφατα φορολογικά έντυπα W-2, 1099 ή φορολογική δήλωση
Εισόδημα από παροχές βετεράνων	Επιστολή επαλήθευσης παροχών βετεράνων Πρόσφατα φορολογικά έντυπα W-2, 1099 ή φορολογική δήλωση
Κρατική βοήθεια (π.χ. Medicaid, TANF, SNAP, WIC ή στέγαση με χαμηλό εισόδημα)	Έγκριση εγγράφου επιλεξιμότητας
Εισόδημα από τόκους ή μερίσματα	Πρόσφατη φορολογική δήλωση
Εισπράξεις συζυγικής/ παιδικής διατροφής	Έγγραφο που εμφανίζει το μηνιαίο ακαθάριστο εισόδημα που λαμβάνεται για διατροφή ή διατροφή τέκνου
Μηδενικό εισόδημα του νοικοκυριού	Έγγραφο βεβαίωση/επεξήγηση

## Τι να περιμένετε μετά την αίτησή σας

Αφού εξετάσουμε τη συμπληρωμένη αίτησή σας, θα σας ενημερώσουμε για ένα από τα ακόλουθα αποτελέσματα εντός τριάντα (30) ημερών από την παραλαβή της:

- Εάν η αίτησή σας εγκριθεί, θα λάβετε επιστολή που θα σας ενημερώνει για την οικονομική σας επιχορήγηση.
- Εάν η αίτησή σας είναι ελλιπής, θα λάβετε επιστολή με τις πληροφορίες που απαιτούνται για τη διεκπεραίωση της αίτησής σας. Μπορείτε είτε να στείλετε ταχυδρομικώς είτε να παραδώσετε αυτοπροσώπως τις ζητούμενες πληροφορίες- αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν αποδείξεις εισοδήματος ή αντίγραφα των εξόδων σας.
- Εάν η αίτησή σας απορριφθεί, θα λάβετε επιστολή που θα σας ενημερώνει γιατί απορρίφθηκε, στην οποία περίπτωση μπορείτε να ασκήσετε έφεση κατά της απόφασής.

## Αίτηση για το Πρόγραμμα Ιατρικής Χρηματοδοτικής Βοήθειας (MFA)

### Ενότητα 1: Πληροφορίες για τον ασθενή

ΟΝΟΜΑ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ)	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ) <input type="checkbox"/> Δεν διαθέτω αριθμό κοινωνικής ασφάλισης		
ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΟΔΟΣ)			
ΠΟΛΗ	ΠΟΛΙΤΕΙΑ	Τ.Κ.	
Είναι ο ασθενής σήμερα άστεγος; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		ΚΥΡΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	<input type="checkbox"/> Οικία <input type="checkbox"/> Κινητό <input type="checkbox"/> Εργασία <input type="checkbox"/> Άλλο

Είναι ο ασθενής εγγεγραμμένος σε κρατικό πρόγραμμα βοήθειας, όπως το Πρόγραμμα Βοήθειας Συμπληρωματικής Διατροφής (SNAP), το Πρόγραμμα Προσωρινής Βοήθειας για άπορες οικογένειες (TANF), το Ειδικό Πρόγραμμα Διατροφής Γυναικών, Βρεφών και Παιδιών (WIC), η στέγαση με χαμηλό εισόδημα ή το Medicaid;  Ναι  Όχι

### Ενότητα 2: Πληροφορίες για το νοικοκυριό

<p><b>Μέγεθος νοικοκυριού:</b> Αριθμός των μελών του νοικοκυριού (συμπεριλαμβανομένου εσάς) που ζουν στο σπίτι σας. Μπορεί να περιλαμβάνει σύζυγο ή αναγνωρισμένο σύντροφο, παιδιά, μη γονεϊκό πάροχο φροντίδας, συγγενή κ.λπ.</p>											
<p><b>Εισόδημα νοικοκυριού (μηνιαίο):</b> Συνολικό μεικτό εισόδημα (εισόδημα προ φόρων και κρατήσεων) για όλα τα μέλη του νοικοκυριού άνω των 18 ετών. Επιλέξτε ΟΛΑ τα είδη εισοδήματος που ισχύουν:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Εισόδημα από επιχειρήσεις/ ενοικιάσεις</td> <td><input type="checkbox"/> Κοινωνική ασφάλιση/συμπληρωματικό εισόδημα</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Εισόδημα από την απασχόληση/μισθούς</td> <td><input type="checkbox"/> Επιδόματα ανεργίας/εισόδημα από αναπηρία</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Εισόδημα από παροχές βετεράνων</td> <td><input type="checkbox"/> Εισπράξεις συζυγικής/παιδικής διατροφής</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Εισόδημα από τόκους ή μερίσματα</td> <td><input type="checkbox"/> Έσοδα από συντάξεις/συνταξιοδοτήσεις/προσόδους</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Εισόδημα από αυτοαπασχόληση</td> <td><input type="checkbox"/> Κανείς στο νοικοκυριό μου δεν έχει εισόδημα ή δεν έχει λάβει εισόδημα τους τελευταίους 2 μήνες</td> </tr> </table> <p>Εάν το ετήσιο μεικτό εισόδημα για όλα τα μέλη του νοικοκυριού είναι μηδενικό, σημειώστε το τετραγωνίδιο βεβαίωσης παραπάνω και παρακάτω, δώστε γραπτή εξήγηση για το πώς τα ενήλικα μέλη της οικογένειας στο νοικοκυριό συντηρούν τον εαυτό σας χωρίς εισόδημα, δηλαδή τροφή, στέγη, υπηρεσίες κοινής ωφέλειας και άλλες ανάγκες.</p>	<input type="checkbox"/> Εισόδημα από επιχειρήσεις/ ενοικιάσεις	<input type="checkbox"/> Κοινωνική ασφάλιση/συμπληρωματικό εισόδημα	<input type="checkbox"/> Εισόδημα από την απασχόληση/μισθούς	<input type="checkbox"/> Επιδόματα ανεργίας/εισόδημα από αναπηρία	<input type="checkbox"/> Εισόδημα από παροχές βετεράνων	<input type="checkbox"/> Εισπράξεις συζυγικής/παιδικής διατροφής	<input type="checkbox"/> Εισόδημα από τόκους ή μερίσματα	<input type="checkbox"/> Έσοδα από συντάξεις/συνταξιοδοτήσεις/προσόδους	<input type="checkbox"/> Εισόδημα από αυτοαπασχόληση	<input type="checkbox"/> Κανείς στο νοικοκυριό μου δεν έχει εισόδημα ή δεν έχει λάβει εισόδημα τους τελευταίους 2 μήνες	
<input type="checkbox"/> Εισόδημα από επιχειρήσεις/ ενοικιάσεις	<input type="checkbox"/> Κοινωνική ασφάλιση/συμπληρωματικό εισόδημα										
<input type="checkbox"/> Εισόδημα από την απασχόληση/μισθούς	<input type="checkbox"/> Επιδόματα ανεργίας/εισόδημα από αναπηρία										
<input type="checkbox"/> Εισόδημα από παροχές βετεράνων	<input type="checkbox"/> Εισπράξεις συζυγικής/παιδικής διατροφής										
<input type="checkbox"/> Εισόδημα από τόκους ή μερίσματα	<input type="checkbox"/> Έσοδα από συντάξεις/συνταξιοδοτήσεις/προσόδους										
<input type="checkbox"/> Εισόδημα από αυτοαπασχόληση	<input type="checkbox"/> Κανείς στο νοικοκυριό μου δεν έχει εισόδημα ή δεν έχει λάβει εισόδημα τους τελευταίους 2 μήνες										
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	\$ _____										
<p><b>Κόστος υγειονομικής περίθαλψης:</b> Οι συνολικές εξ ιδίων πόρων δαπάνες κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών για επείγουσες ή ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες που παρέχονται από την Kaiser Permanente ή από οποιονδήποτε άλλο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Μπορεί να περιλαμβάνει συμμετοχές κόστους ιατρικής περίθαλψης, καταθέσεις, συνασφάλιση ή εκπιπτόμενες πληρωμές για επιλέξιμες ιατρικές, φαρμακευτικές ή οδοντιατρικές υπηρεσίες.</p>	\$ _____										

Παρακαλείστε να αναφέρετε όλα τα μέλη του νοικοκυριού σας που υποβάλλουν αίτηση για Ιατρική Χρηματοδοτική Βοήθεια.

Όνομα	Ημερομηνία γέννησης	Σχέση	Ιατρικός Φάκελος #
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Ανασφάλιστος; Η Kaiser Permanente μπορεί να βοηθήσει.** Εάν δεν έχετε κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης, μπορούμε να σας βοηθήσουμε να κατανοήσετε τις επιλογές σας. Επιλέξτε αυτό το πλαίσιο εάν θέλετε να επικοινωνήσετε μαζί σας η Kaiser Permanente για να συζητήσετε τις επιλογές σας ή μπορείτε να μας καλέσετε στο **1-800-479-5764 (TTY 711)** για να λάβετε προσφορά.

Ναι επικοινωνήστε μαζί μου

Με την παρούσα δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που αναφέρονται ανωτέρω στην αίτηση είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις από κάθε άποψη. Αναγνωρίζω και συμφωνώ επίσης ότι είμαι υπεύθυνος έναντι του Προγράμματος Υγείας του Ιδρύματος Kaiser (Kaiser Foundation Health Plan) και των Νοσοκομείων (KFH/HP) για όλα τα ποσά που οφείλονται στο εν λόγω Πρόγραμμα και στα Νοσοκομεία για ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες που δεν είναι επιλέξιμα στο πλαίσιο του προγράμματος (“Υπόλοιπα ποσά”).

**Σημείωση:** Όταν δεν παρέχονται αποδείξεις εισοδήματος, το Πρόγραμμα Υγείας του Ιδρύματος Kaiser (Kaiser Foundation Health Plan) και τα Νοσοκομεία θα χρησιμοποιούν πληροφορίες από οργανισμούς αναφοράς καταναλωτικής πίστης και άλλες πηγές πληροφοριών τρίτων για να καθορίσουν την επιλεξιμότητα για ομοσπονδιακά, πολιτειακά και ιδιωτικά ιατρικά προγράμματα, συμπεριλαμβανομένου του προγράμματος MFA.

Με την υποβολή της παρούσας αίτησης, παρέχω στην ΚFH/HP την άδεια να ζητήσει πληροφορίες από οργανισμούς αναφοράς καταναλωτικής πίστης και άλλες τρίτες πηγές πληροφοριών για την επαλήθευση οποιασδήποτε πληροφορίας που παρέχεται στην παρούσα αίτηση και κρίνεται απαραίτητη.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Θα καταβληθεί κάθε εύλογη προσπάθεια για την άμεση διεκπεραίωση της αίτησής σας και μόλις εξεταστεί η αίτησή σας θα λάβετε επιστολή που θα επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα.

# 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.