

## Programma di assistenza medico-finanziaria (MFA)

Se si necessita di supporto per pagare i servizi sanitari o le prescrizioni ricevute, o che si stanno per ricevere da Kaiser Permanente, il nostro programma di assistenza medico-finanziaria (MFA) può essere d'aiuto. È possibile fare domanda compilando e inviando i dati relativi al reddito familiare.

### Come funziona il programma

- Il programma offre "sussidi" temporanei per aiutare i richiedenti qualificati a pagare le cure in base alle loro esigenze finanziarie.
- Il programma è disponibile per tutti i pazienti di Kaiser Permanente, indipendentemente dal fatto che siano iscritti o meno.
- In caso di concessione del sussidio, il programma coprirà le cure urgenti e necessarie da parte di fornitori Kaiser Permanente o presso strutture Kaiser Permanente per un periodo di tempo determinato.
- Il sussidio non si applica ai servizi sanitari forniti e fatturati al di fuori delle strutture Kaiser Permanente.

### Requisiti di idoneità

Per poter accedere al programma, è necessario soddisfare UNO dei seguenti criteri:

1. Il reddito familiare lordo (reddito al lordo di tasse e detrazioni) è pari o inferiore al 300% del livello di povertà federale.

### OPPURE

2. Le spese sanitarie a carico dell'assistito per cure d'emergenza o medicalmente necessarie, cure dentistiche e farmaci in un periodo di 12 mesi sono pari o superiori al 10% del reddito familiare lordo.
  - Le spese a carico dell'assistito comprendono il pagamento delle quote a carico del paziente, dell'assicurazione a compartecipazione e della franchigia.
  - Le spese a carico dell'assistito non includono i pagamenti per il piano assicurativo sanitario, come il premio mensile.

Linee guida federali sulla povertà (FPG) 2024		
Se la dimensione del nucleo familiare/ della famiglia è:	Sussidio del 100% per un reddito familiare mensile lordo pari o inferiore al 200% di quanto stabilito nelle FPG	Sussidio del 50% per un reddito familiare mensile lordo compreso tra il 201% e il 300% di quanto stabilito nelle FPG
1	Fino a \$ 2.510	da \$ 2.511 a \$ 3.765
2	Fino a \$ 3.407	da \$ 3.408 a \$ 5.110
3	Fino a \$ 4.303	da \$ 4.304 a \$ 6.455
4	Fino a \$ 5.200	da \$ 5.201 a \$ 7.800
5	Fino a \$ 6.097	da \$ 6.098 a \$ 9.145
6	Fino a \$ 6.993	da \$ 6.994 a \$ 10.490

Le linee guida relative ai nuclei familiari più numerosi sono disponibili sul sito [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty).

### Domande?

Per ulteriori informazioni sui requisiti per accedere al programma MFA o per vedere quali servizi sanitari vengono pagati, è possibile visitare il sito [kp.org/mfa/mas](https://kp.org/mfa/mas), chiamare il numero **1-844-412-0919** (TTY 711) o scansionare questo codice.

Per ulteriori informazioni sulle opzioni di copertura sanitaria, è possibile contattarci al numero **1-800-479-5764** (TTY 711).



## Presentazione della domanda

Se si è in possesso dei requisiti di idoneità, si può fare domanda in uno dei seguenti modi.

 Online	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compilare la domanda di adesione all'AMF online sul sito <a href="http://kp.org/mfa/mas">kp.org/mfa/mas</a></li><li>• Prepararsi a fornire tutte le informazioni elencate nella domanda di adesione all'AMF alla pagina seguente.</li></ul>
 Per fax	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compilare la domanda di adesione all'AMF alla pagina seguente.</li><li>• Inviare la domanda compilata via fax al numero <b>1-855-414-1713</b>.</li></ul>
 Per posta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compilare la domanda di adesione all'AMF alla pagina seguente.</li><li>• Inviare la domanda compilata a: Kaiser Permanente MFA Program 2101 East Jefferson Street Rockville, MD 20852</li></ul>
 Consegnandola a mano	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compilare la domanda di adesione all'AMF alla pagina seguente.</li><li>• È possibile consegnare di persona la richiesta compilata al Servizio Assistiti presso qualsiasi centro medico Kaiser Permanente.</li></ul>

**Importante:** quando si presenta la domanda online, per posta o fax, o la si consegna di persona, assicurarsi di compilare tutti i campi richiesti. Le informazioni mancanti possono ritardare l'elaborazione della domanda e potrebbero comportare il rifiuto dell'assistenza.

## Serve aiuto?

In caso di domande o di necessità di assistenza per la presentazione della domanda, si prega di contattare il numero **1-844-412-0919 (TTY 711)**, dal lunedì al venerdì, dalle 9.30 alle 15.30 (EST). È inoltre possibile rivolgersi a un rappresentante dei Servizi per gli Assicurati presso una qualunque sede di Kaiser Permanente.

### Documentazione relativa al reddito

La verifica del reddito è parte integrante della determinazione dell'idoneità all'assistenza medico-finanziaria. Includere la documentazione relativa alla prova del reddito alla domanda compilata aiuterà a confermare la correttezza del reddito durante il processo di verifica. La tabella seguente elenca i documenti opzionali da presentare in base alle fonti di reddito del nucleo familiare.

<b>Fonte/Fonti di reddito del nucleo familiare</b>	<b>Fornire solo una delle seguenti informazioni per ogni fonte di reddito</b>
Reddito d'impresa/da affitto	Modelli W-2 recenti, dichiarazioni 1099 o dei redditi
Reddito da lavoro/salario	Cedolini recenti Modelli W-2 recenti, dichiarazioni 1099 o dei redditi
Redditi da pensione/previdenza/annualità percepiti	Cedolini recenti Prospetto delle erogazioni per pensioni/previdenza Modelli W-2 recenti, dichiarazioni 1099 o dei redditi
Reddito da lavoro autonomo	Cedolini recenti Modelli W-2 recenti, dichiarazioni 1099 o dei redditi
Reddito da previdenza sociale/reddito integrativo di sicurezza	Lettera di verifica delle prestazioni da parte dell'ente di previdenza sociale Dichiarazione della previdenza sociale
Indennità di disoccupazione/sussidio di invalidità	Lettera di verifica delle indennità di disoccupazione/disabilità Modelli W-2 recenti, dichiarazioni 1099 o dei redditi
Reddito da indennità per i veterani	Lettera di verifica delle indennità per i veterani Modelli W-2 recenti, dichiarazioni 1099 o dei redditi
Assistenza pubblica (ad esempio, Medicaid, TANF, SNAP, WIC o alloggi popolari)	Approvazione della lettera di idoneità
Reddito da interessi o dividendi	Dichiarazione dei redditi recente
Assegni di mantenimento ricevuti per coniugi/figli	Una lettera che indichi il reddito lordo mensile percepito per il mantenimento dei figli o per gli alimenti
Nessun reddito del nucleo familiare	Attestazione/spiegazione scritta

### Cosa succede dopo la presentazione della domanda?

Dopo aver esaminato la domanda compilata, entro trenta (30) giorni dalla sua ricezione comunicheremo al richiedente uno dei seguenti esiti:

- Se la domanda viene approvata, il richiedente riceverà una lettera di notifica dell'assegnazione del sussidio finanziario.
- Se la domanda è incompleta, il richiedente riceverà una lettera con le informazioni necessarie per la corretta elaborazione della domanda. È possibile spedire per posta o consegnare di persona le informazioni richieste, tra cui la documentazione relativa al reddito o le copie delle spese sostenute.
- Se la domanda viene respinta, il richiedente riceverà una lettera di notifica con il motivo del rifiuto, nel qual caso potrà fare ricorso contro la nostra decisione.

## Domanda per il programma di assistenza medico-finanziaria (MFA)

### Sezione 1: informazioni sul paziente

NOME		NUMERO DI CARTELLA CLINICA (FACOLTATIVO)	
DATA DI NASCITA	NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE (FACOLTATIVO)		<input type="checkbox"/> Non ho un numero di previdenza sociale
INDIRIZZO POSTALE (VIA)			
CITTÀ	STATO	CODICE POSTALE	
Il paziente è attualmente senza alloggio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		NUMERO DI TELEFONO PRINCIPALE	<input type="checkbox"/> Fisso <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Lavoro <input type="checkbox"/> Altro
Il paziente è iscritto a un programma di assistenza statale come Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), case popolari o Medicaid? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			

### Sezione 2: informazioni sul nucleo familiare

**Dimensioni del nucleo familiare:** numero di componenti del nucleo familiare (compreso il richiedente) che vivono nell'abitazione. Possono essere inclusi il coniuge o un partner convivente qualificato, i figli, un tutore non genitore, un parente, ecc.

**Reddito del nucleo familiare (mensile):** reddito lordo totale (reddito al lordo di tasse e detrazioni) per tutti i membri del nucleo familiare di età superiore ai 18 anni. Selezionare TUTTI i tipi di reddito applicabili:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reddito d'impresa/da affitto                                    | <input type="checkbox"/> Indennità di disoccupazione/sussidio di invalidità  |
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro/salario                                       | <input type="checkbox"/> Assegni di mantenimento ricevuti per coniugi/figli  |
| <input type="checkbox"/> Reddito da indennità per i veterani                             | <input type="checkbox"/> ricevuto reddito da pensione/ritiro/rendite   |
| <input type="checkbox"/> Reddito da interessi o dividendi                                | <input type="checkbox"/> Nessuno nel mio nucleo familiare percepisce o ha percepito un reddito negli ultimi 2 mesi |
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro autonomo                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Reddito da previdenza sociale/ reddito integrativo di sicurezza |  |

Se il reddito lordo annuo di tutti i membri del nucleo familiare è pari a zero, selezionare la casella di attestazione di cui sopra e, di seguito, fornire una spiegazione scritta di come i membri adulti del nucleo familiare si sostengono senza reddito, ossia per il vitto, l'alloggio, le utenze e altri beni di prima necessità.

---



---



---

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

**Costi per l'assistenza sanitaria:** spese vive totali sostenute in un periodo di 12 mesi per servizi di emergenza o necessari dal punto di vista medico forniti da Kaiser Permanente o da qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria. Possono includere il pagamento delle quote a carico del paziente, dell'assicurazione a compartecipazione e delle franchigie per servizi medici, farmaceutici o dentistici idonei.

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

---

---

**Elencare tutti i componenti del nucleo familiare che richiedono l'assistenza medico-finanziaria.**

<b>Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Rapporto</b>	<b>Numero di cartella clinica</b>
-------------	------------------------	-----------------	-----------------------------------

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

**Senza copertura assicurativa? Kaiser Permanente può essere d'aiuto.** Se il paziente non ha una copertura sanitaria, possiamo aiutarlo a capire quali sono le sue possibilità. Spuntare questa casella se si desidera essere contattati da Kaiser Permanente per discutere le proprie opzioni oppure chiamare il numero **1-800-479-5764 (TTY 711)** per avere un preventivo.

Sì, contattatemi

---

Dichiaro che tutte le informazioni riportate nella presente domanda sono vere, accurate e complete sotto tutti i punti di vista. Riconosco e accetto inoltre di essere responsabile nei confronti di Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) per tutti gli importi dovuti a Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals per beni e servizi medici non idonei al programma (gli "Importi rimanenti").

**Nota:** in caso di mancata presentazione della prova di reddito, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals utilizzerà le informazioni fornite dalle agenzie di riferimento per il credito al consumo e da altre fonti di informazione di terze parti per determinare l'idoneità ai programmi medici federali, statali e privati, compreso il Programma MFA.

Con l'invio della presente domanda, fornisco a KFH/HP l'autorizzazione a richiedere informazioni alle agenzie di credito al consumo e ad altre fonti di informazione di terze parti per verificare qualsiasi informazione fornita nella presente domanda che sia ritenuta necessaria.

---

FIRMA

DATA

---

Verrà compiuto ogni ragionevole sforzo per elaborare tempestivamente la domanda e, una volta esaminata, di provvedere a inviare al richiedente una lettera di conferma dell'esito.

# 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.