

## 의료비 재정 지원(MFA) 프로그램

Kaiser Permanente에서 이미 받았거나 받을 예정인 의료 서비스 또는 처방약 비용 지불과 관련하여 도움이 필요한 경우, 당사의 의료비 재정 지원(MFA) 프로그램을 통해 도움을 받으실 수 있습니다. 신청하려면 가구 소득 정보를 포함하여 신청서를 작성하고 제출하시면 됩니다.

### 프로그램 운영 방식

- 이 프로그램은 재정적 필요에 근거하여 자격이 되는 신청자가 진료 비용을 지불할 수 있도록 임시 "지원금"을 제공합니다.
- 가입자 여부와 관계없이 모든 Kaiser Permanente 환자가 이용할 수 있습니다.
- 지원금 대상자가 되면, 이 프로그램을 통해 Kaiser Permanente 의료 제공자 또는 Kaiser Permanente 시설에서 특정 기간 동안 응급/긴급 또는 의학적으로 필요한 진료를 보장받을 수 있습니다.
- 이 지원금은 Kaiser Permanente 시설 외부에서 제공되고 청구된 의료 서비스에는 적용되지 않습니다.

### 자격 요건

자격이 되려면 다음 기준 중 하나를 충족해야 합니다.

1. 총 가구 소득(세금 및 공제 전 소득)이 연방 빈곤층 소득 수준의 300% 이하인 경우

또는

2. 12개월 동안 응급 또는 의학적으로 필요한 진료, 치과 진료 및 약물에 대한 본인 부담 의료 비용이 총 가구 소득의 10% 이상인 경우
  - 본인 부담 비용에는 코페이, 공동 보험료, 공제액이 포함됩니다.
  - 본인 부담 비용에는 월 보험료와 같이 건강 플랜 자체에 대한 지불금은 포함되지 않습니다.

### 2024년도 연방 빈곤층 소득 지침 (Federal Poverty Guidelines, FPG)

가구/가족 인원수:	월간 총 가구 소득이 FPG의 200% 이하인 경우 100% 지원금	월간 총 가구 소득이 FPG의 201%에서 300% 사이인 경우 50% 지원금
1	\$2,510까지	\$2,511에서 \$3,765
2	\$3,407까지	\$3,408에서 \$5,110
3	\$4,303까지	\$4,304에서 \$6,455
4	\$5,200까지	\$5,201에서 \$7,800
5	\$6,097까지	\$6,098에서 \$9,145
6	\$6,993까지	\$6,994에서 \$10,490

가족 인원수가 더 많은 가구에 대한 정보는 [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty)에서 확인하십시오.

### 질문이 있으십니까?





MFA 프로그램 자격에 대한 자세한 내용이나 프로그램에서 어떤 의료 서비스에 대해 비용을 지불하는지 확인하려면 [kp.org/mfa/mas](https://kp.org/mfa/mas)에서 정보를 참조하시거나, **1-844-412-0919(TTY 711)**번으로 문의하시거나, 이 코드를 스캔하여 확인하십시오.

의료 보장 옵션에 대한 자세한 정보는 **1-800-479-5764(TTY 711)**번으로 문의하십시오.



### 신청 방법

자격 요건을 충족하는 경우 다음 방법 중 하나를 이용해서 신청할 수 있습니다.

 온라인	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://kp.org/mfa/mas">kp.org/mfa/mas</a>에서 온라인으로 MFA 신청서를 작성하십시오.</li> <li>• 다음 페이지의 MFA 신청서에 나와 있는 모든 정보를 제공할 수 있도록 준비하십시오.</li> </ul>
 팩스	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다음 페이지의 MFA 신청서를 작성하십시오.</li> <li>• <b>1-855-414-1713</b>번으로 작성한 신청서를 팩스로 보내십시오.</li> </ul>
 우편	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다음 페이지의 MFA 신청서를 작성하십시오.</li> <li>• 작성한 신청서를 다음 주소로 우편으로 보내십시오. Kaiser Permanente MFA Program 2101 East Jefferson Street Rockville, MD 20852</li> </ul>
 직접 제출	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다음 페이지의 MFA 신청서를 작성하십시오.</li> <li>• 작성한 신청서를 Kaiser Permanente 의료 센터의 가입자 서비스에 제출하십시오.</li> </ul>

**중요:** 온라인, 우편, 팩스로 신청하거나 직접 방문하여 신청할 때 신청서를 최대한 자세히 작성해 주시기 바랍니다. 누락된 정보가 있으면 신청서 처리가 지연될 수 있으며 지원이 거부될 수도 있습니다.

### 도움이 필요하십니까?

질문이 있거나 신청과 관련하여 도움이 필요한 경우, 월요일~금요일, 오전 9시 30분~오후 3시 30분(EST) 사이에 **1-844-412-0919(TTY 711)**번으로 문의해 주십시오. 또한 가입자 서비스 담당자와 Kaiser Permanente 어느 지점에서나 상담하실 수 있습니다.

### 소득 증명 서류

소득 확인은 의료비 재정 지원 자격을 결정하는 과정의 일부입니다. 작성한 신청서에 소득 증명 서류를 첨부하면 검토 과정에서 소득의 정확성을 확인하는 데 도움이 됩니다. 아래 표에는 가구 소득원에 따라 선택하여 제출할 수 있는 서류가 나와 있습니다.

가구 소득원	소득원당 다음 중 하나만 제공할 것
비즈니스/임대 소득	최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
고용 소득/임금	최근 급여 명세서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
수령한 연금/퇴직금/연금 소득	최근 급여 명세서 연금/퇴직금 지급 명세서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
자영업 소득	최근 급여 명세서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
사회보장/보조 연금 소득	사회보장국의 혜택 확인서 사회보장 명세서
실업 수당/장애인 소득	실업/장애인 수당 확인서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
재향군인 혜택 소득	VA 혜택 확인서 최근 W-2, 1099 명세서 또는 세금 신고서
정부 지원(예: Medicaid, TANF, SNAP, WIC 또는 저소득 주택 지원)	자격 승인서
이자 또는 배당금 소득	최근 세금 신고서
수령한 배우자 위자료/자녀 양육비	자녀 양육비 또는 위자료로 받은 월간 총 소득을 보여주는 서신
가구 소득 없음	서면 증명/설명

### 신청 후 예상되는 사항

당사에서 작성된 신청서를 검토한 다음, 접수 이후 30일 이내에 다음 결과 중 하나를 통보해 드립니다.

- 신청서가 승인되면 재정 지원금에 대한 서신을 받게 됩니다.
- 신청서가 완전하게 작성되지 않은 경우, 신청서 처리에 필요한 정보를 설명하는 서신을 받게 됩니다. 요청된 정보를 우편으로 보내거나 직접 제출할 수 있으며, 여기에는 소득 증명이나 본인 부담 비용 사본이 포함될 수 있습니다.
- 신청이 거부된 경우에는 거부 사유를 알리는 서신을 받게 되며, 이 경우 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

**의료비 재정 지원(MFA) 프로그램 신청**
**섹션 1: 환자 정보**

이름		의료 기록 번호(선택 사항)	
생년월일	사회보장번호(선택 사항) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 사회보장 번호가 없음</span>		
우편 주소(거리)			
시		주	우편 번호
환자는 현재 거주지가 없는 상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		주 전화번호	<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 기타
환자가 보충 영양 지원 프로그램(SNAP), 빈곤층 가족을 위한 임신 지원(TANF), 여성, 유아 및 아동(WIC) 지원, 저소득 주택 지원, Medicaid와 같은 주 정부 기반 지원 프로그램에 등록되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			

**섹션 2: 가구 정보**

<b>가구 인원수:</b> 집에 거주하는 가구 구성원(귀하 포함)의 수. 배우자 또는 자격을 갖춘 동거 파트너, 자녀, 부모가 아닌 보호자, 친척 등이 포함될 수 있습니다.	
<b>가구 소득(월 소득):</b> 만 18세 이상의 모든 가구 구성원의 총 소득(세금 및 공제 전 소득). 해당되는 소득 유형을 모두 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 비즈니스/임대 소득 <input type="checkbox"/> 사회보장/보조 연금 소득 <input type="checkbox"/> 고용 소득/임금 <input type="checkbox"/> 실업 수당/장애인 소득 <input type="checkbox"/> 재향군인 혜택 소득 <input type="checkbox"/> 수령한 배우자 위자료/자녀 양육비 <input type="checkbox"/> 이자 또는 배당금 소득 <input type="checkbox"/> 수령한 연금/퇴직금/연금 소득 <input type="checkbox"/> 자영업 소득 <input type="checkbox"/> 가구 구성원 중 지난 2개월 동안 소득이 있거나 소득이 있었던 사람이 없음	
가구 구성원 모두의 총 연간 소득이 0인 경우, 위와 아래의 확인란에 선택 표시하고 가구 내 성인 가족 구성원이 소득 없이 어떻게 자신을 부양하는지(예: 음식, 보호소, 공과금 및 기타 필수품)에 대해 서면으로 설명하십시오.	
_____ _____ _____	\$ _____
<b>의료 비용:</b> Kaiser Permanente 또는 기타 의료 서비스 제공자가 제공한 응급 또는 의학적으로 필요한 서비스에 대해 12개월 동안 지출한 총 본인 부담 비용. 적절한 의료, 약국 또는 치과 서비스에 대한 코페이, 보증금, 공동 보험료 또는 공제액이 포함될 수 있습니다.	\$ _____

의료비 재정 지원을 신청하는 가구 구성원을 모두 기재해 주십시오.

이름	생년월일	관계	의료 기록 번호

**보험이 없는 상태입니까? Kaiser Permanente가 도와드릴 수 있습니다.** 의료 보장이 없는 경우, 선택할 수 있는 옵션에 대한 이해를 도와드릴 수 있습니다. 옵션에 대해 논의하기 위해 Kaiser Permanente에서 연락하기를 원하는 경우에는 이 확인란을 선택 표시하십시오. **1-800-479-5764(TTY 711)**번으로 전화하여 견적을 받으실 수도 있습니다.

예, 저에게 연락하세요.

본인은 본 신청서에 명시된 모든 정보가 모든 측면에서 사실이고, 정확하며, 완전한 것임을 선언합니다. 또한 본인은 이 프로그램에서 적격하지 않은 의료 상품 및 서비스에 대해 Kaiser Foundation Health Plan 및 병원 (KFH/HP)에 지불해야 하는 모든 금액("잔여 금액")의 경우 본인이 Kaiser Foundation Health Plan 및 병원에 지불할 책임이 있음을 인정하고 이에 동의합니다.

**참고:** 소득 증명을 제공하지 않는 경우, Kaiser Foundation Health Plan 및 병원은 소비자 신용 보고 기관 및 기타 제3자 정보 출처의 정보를 사용하여 MFA 프로그램을 포함한 연방 정부, 주 정부 및 민간 의료 프로그램에 대한 적격성을 결정합니다.

이 신청서를 제출함으로써, 본인은 이 신청서에 제공된 정보 중 반드시 필요한 것으로 간주되는 정보의 확인을 위해 소비자 신용 보고 기관 및 기타 제3자 정보 출처로부터 정보를 요청할 수 있는 권한을 KFH/HP에 부여합니다.

서명	날짜
----	----

당사는 신청서를 신속하게 처리하기 위해 합당한 모든 노력을 기울일 것이며, 신청서 검토를 마치면 귀하는 결과를 확인하는 서신을 받게 됩니다.

# 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.