

## โปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA)

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

### โปรแกรมนี้ทำงานอย่างไร

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

### วิธีผ่านการคัดเลือก

คุณต้องมีคุณสมบัติตรงตามหนึ่งในเกณฑ์ต่อไปนี้จึงจะ

ผ่านการคัดเลือก:

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

### แนวทางตัดสินความยากจนของรัฐบาลกลาง (Federal Poverty Guidelines, FPG) ปี 2024

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

สามารถค้นหาแนวทางสำหรับครัวเรือนที่ใหญ่กว่านี้ได้ที่

[aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty)

### หากมีข้อสงสัย





สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่านเกณฑ์คุณสมบัติสำหรับโปรแกรม MFA  
หรือหากต้องการดูว่าโปรแกรมจะจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพใดบ้าง ให้ไปที่ [kp.org/mfa/mas](http://kp.org/mfa/mas),  
โทร **1-844-412-0919**, (TTY **711**) หรือสแกนรหัสนี้



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

### วิธีการสมัคร

หากคุณมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ คุณสามารถสมัครด้วยวิธีใดต่อไปนี้ก็ได้

 ออนไลน์	<ul style="list-style-type: none"><li>กรอกใบสมัครเข้าร่วม MFA ออนไลน์ <a href="http://kp.org/mfa/mas">kp.org/mfa/mas</a></li><li>โปรดเตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดที่ระบุในใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไป</li></ul>
 ทางแฟกซ์	<ul style="list-style-type: none"><li>กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไป</li><li>ส่งแฟกซ์ใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วไปที่ <b>1-855-414-1713</b></li></ul>
 ทางไปรษณีย์	<ul style="list-style-type: none"><li>กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไป</li><li>ส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วทางไปรษณีย์ไปที่: Kaiser Permanente MFA Program 2101 East Jefferson Street Rockville, MD 20852</li></ul>
 ส่งด้วยตัวเอง	<ul style="list-style-type: none"><li>กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไป</li><li>สามารถส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลสมบูรณ์แล้วด้วยตนเองได้ที่ฝ่ายบริการสมาชิกในศูนย์การแพทย์ของ Kaiser Permanente ทุกแห่ง</li></ul>

**สำคัญ:** เมื่อสมัครออนไลน์ สมัครทางไปรษณีย์หรือแฟกซ์ หรือส่งใบสมัครด้วยตัวเอง

โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่ากรอกข้อมูลในใบสมัครให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนอาจทำให้กระบวนการสมัครของคุณล่าช้า และอาจส่งผลให้ถูกปฏิเสธการช่วยเหลือได้

### หากต้องการความช่วยเหลือ

หากคุณมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร โปรดโทรติดต่อที่ **1-844-412-0919** (TTY **711**)

ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ 9.30 น. ถึง 15.30 น. ตามเวลามาตรฐานตะวันออก

คุณยังสามารถพูดคุยกับตัวแทนฝ่ายบริการสมาชิกในสถานที่ของ Kaiser Permanente ได้ด้วยเช่นกัน

## เอกสารรับรองรายได้

การตรวจสอบรายได้เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินว่ามีสิทธิ์รับความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์หรือไม่ การแนบเอกสารรับรองรายได้มาพร้อมกับใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วจะช่วยยืนยันความแม่นยำของรายได้ของคุณในกระบวนการตรวจสอบ 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	คำให้การ/คำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร

### สิ่งที่คุณจะพบหลังจากสมัคร

หลังจากที่เราตรวจสอบใบสมัครที่คุณกรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบผลข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ภายในสามสิบ (30) วันหลังจากได้รับ:

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

## ใบสมัครเข้าร่วมโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA)

**ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ป่วย**

ชื่อ	หมายเลขทะเบียน (ไม่บังคับ)
------	----------------------------

วันเดือนปีเกิด	หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ)
----------------	--------------------------------

ฉันไม่มีหมายเลขประกันสังคม

ที่อยู่ทางไปรษณีย์ (ถนน)

เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
-------	-----	--------------

ขณะนี้ผู้ป่วยไม่มีที่อยู่อาศัยใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หมายเลขโทรศัพท์หลัก
---	---------------------

บ้าน  มือถือ  
 ที่ทำงาน  อื่นๆ

ผู้ป่วยได้ลงทะเบียนกับโปรแกรมช่วยเหลือระดับมลรัฐ เช่น Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือ Medicaid ไว้หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

**ส่วนที่ 2: ข้อมูลครัวเรือน**

**ขนาดครัวเรือน:** จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (รวมถึงตัวคุณเอง) ที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ อาจประกอบด้วยคู่สมรส ผู้อยู่กินด้วยกันที่ผ่านการรับรอง บุตรหลาน ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บิดามารดา ญาติ ฯลฯ

**รายได้ครัวเรือน (ต่อเดือน):** รายได้รวมทั้งหมด (รายได้ก่อนหักภาษีและค่าลดหย่อน) ของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ภาที่ประเภทรายได้ทุกข้อที่ใช่:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> รายได้จากธุรกิจ/การปล่อยเช่า<br><input type="checkbox"/> รายได้จากการจ้างงาน/ค่าแรง<br><input type="checkbox"/> รายได้จากสิทธิประโยชน์ทหารผ่านศึก<br><input type="checkbox"/> รายได้จากดอกเบี้ยหรือเงินปันผล<br><input type="checkbox"/> รายได้จากอาชีพอิสระ | <input type="checkbox"/> รายได้จากประกันสังคม/ประกันเสริม<br><input type="checkbox"/> รายได้จากเงินชดเชยการว่างงาน/ผู้พิการ<br><input type="checkbox"/> ค่าอุปการะเลี้ยงดูคู่สมรส/บุตรที่ได้รับ<br><input type="checkbox"/> เงินบำนาญ/เงินเกษียณ/เงินประจำปีที่ได้รับ<br><input type="checkbox"/> ไม่มีใครในครัวเรือนของฉันมีรายรับหรือได้รับรายได้ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา |
|---|--|

หากรายได้รวมต่อปีของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนเป็นศูนย์  
 ให้กาช่องคำให้การทางด้านบนและด้านล่าง  
 ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรว่าสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่ดำรงชีวิตอยู่อย่างไรโดยปราศจากรายได้ เช่น อาหาร ที่พักพิง สาธารณูปโภค และสิ่งจำเป็นอื่นๆ

---



---



---

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

ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ: ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองทั้งหมดของคุณในระยะเวลา 12 เดือนสำหรับบริการฉุกเฉินหรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ที่มอบให้โดย Kaiser Permanente หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นใด อาจรวมถึงยอดเงินคงที่ร่วมจ่าย เงินมัดจำ การประกันร่วม หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับบริการทางการแพทย์ ยา หรือทันตกรรมที่มีสิทธิ์

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

โปรดระบุสมาชิกในครัวเรือนของคุณทุกคนที่สมัครเข้ารับความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์

ชื่อ วันเดือนปีเกิด ความสัมพันธ์ # เวยระเบียน

ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	ความสัมพันธ์	# เวยระเบียน
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

หากไม่มีประกัน Kaiser Permanente ช่วยได้ หากคุณไม่มีความคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพ

เราสามารถช่วยคุณทำความเข้าใจตัวเลือกที่คุณมีได้ กาช่องนี้หากต้องการให้ Kaiser Permanente

ติดต่อคุณเพื่อหารือเกี่ยวกับตัวเลือกที่คุณมี หรือโทรติดต่อเราได้ที **1-800-479-5764 (TTY 711)** เพื่อรับการเสนอราคา

โปรดติดต่อฉัน

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.