

## Програма фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування (Medical Financial Assistance, MFA)

Якщо ви потребуєте допомоги з оплатою медичних послуг або лікарських засобів за рецептами, які ви вже отримали чи плануєте отримати від Kaiser Permanente, таку допомогу може бути надано за нашою програмою фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування (MFA). Ви можете заповнити й подати відповідну заявку, зазначивши в ній відомості про дохід домогосподарства.

### Як працює програма

- Програма передбачає тимчасові виплати, що допоможуть заявникам, які відповідають умовам програми, оплачувати медичне обслуговування залежно від їхніх фінансових потреб.
- Вона доступна для всіх пацієнтів Kaiser Permanente, навіть якщо вони не є учасниками планів страхування.
- Якщо виплати буде надано, програма покриватиме екстрене/невідкладне або необхідне за медичними показаннями обслуговування від постачальників послуг Kaiser Permanente або в установах Kaiser Permanente протягом установленого часу.
- Виплата за програмою не поширюється на медичні послуги, надані поза установами Kaiser Permanente, і на відповідні виставлені рахунки.

### Критерії участі в програмі

Щоб мати право на участь у програмі, ви повинні відповідати **ОДНОМУ** з наведених нижче наборів критеріїв:

1. Ваш сукупний дохід домогосподарства (до сплати податків та інших відрахувань) не перевищує 300 % федерального прожиткового мінімуму.

#### АБО

2. Рівень власних витрат на екстрене або необхідне за медичними показаннями обслуговування, стоматологічну допомогу й медикаментозне лікування протягом 12 місяців становить 10 і більше відсотків сукупного доходу вашого домогосподарства.
  - До власних витрат належать доплати пацієнтів, їхні частки в оплаті, а також франшизи.
  - Власними витратами не вважаються будь-які платежі за сам план медичного страхування, як-от щомісячні страхові внески.

### Федеральний прожитковий мінімум (Federal Poverty Guidelines, FPG) на 2024 рік

Кількість осіб у домогосподарстві/ сім'ї:	Виплата в розмірі 100 % — якщо сукупний місячний дохід домогосподарства не перевищує 200 % FPG	Виплата в розмірі 50 % — якщо сукупний місячний дохід домогосподарства становить від 201 % до 300 % FPG
1	До \$2,510	Від \$2,511 до \$3,765
2	До \$3,407	Від \$3,408 до \$5,110
3	До \$4,303	Від \$4,304 до \$6,455
4	До \$5,200	Від \$5,201 до \$7,800
5	До \$6,097	Від \$6,098 до \$9,145
6	До \$6,993	Від \$6,994 до \$10,490

Суми для домогосподарств із більшою кількістю членів див. на сторінці [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty).

### Маєте запитання?





Щоб отримати додаткову інформацію про умови участі в програмі MFA або дізнатися, які медичні послуги вона покриває, відвідайте сайт [kp.org/mfa/mas](https://kp.org/mfa/mas) (англійською мовою), зателефонуйте за номером **1-844-412-0919** (TTY: **711**) або відскануйте цей код.

Щоб дізнатися про варіанти страхового покриття медичного обслуговування, зателефонуйте нам за номером **1-800-479-5764** (TTY: **711**).



## Як подати заявку

Якщо ви відповідаєте вимогам програми, можете подати заявку будь-яким із наведених способів.

 В Інтернеті	<ul style="list-style-type: none"><li>Заповніть заявку на участь у програмі MFA онлайн на сторінці <a href="http://kp.org/mfa/mas">kp.org/mfa/mas</a>.</li><li>Будьте готові надати всі відомості згідно з формою заявки на участь у програмі MFA, яку наведено на наступній сторінці.</li></ul>
 Факсом	<ul style="list-style-type: none"><li>Заповніть форму заявки на участь у програмі MFA, наведену на наступній сторінці.</li><li>Надішліть заповнену заявку факсом за номером <b>1-855-414-1713</b>.</li></ul>
 Поштою	<ul style="list-style-type: none"><li>Заповніть форму заявки на участь у програмі MFA, наведену на наступній сторінці.</li><li>Надішліть заповнену заявку за адресою: Kaiser Permanente MFA Program 2101 East Jefferson Street Rockville, MD 20852</li></ul>
 Особисто	<ul style="list-style-type: none"><li>Заповніть форму заявки на участь у програмі MFA, наведену на наступній сторінці.</li><li>Залиште заповнену заявку у відділі обслуговування учасників у будь-якому медичному центрі Kaiser Permanente.</li></ul>

**Важливо!** У який би спосіб ви не подавали заявку — онлайн, поштою, факсом чи особисто, намагайтеся надати якомога більше інформації. Відсутність якихось відомостей може сповільнити обробку вашої заявки й призвести до відмови в наданні допомоги.

## Потрібна допомога?

Якщо у вас виникли питання або вам потрібна допомога з оформленням заявки, зателефонуйте за номером **1-844-412-0919** (TTY: **711**) із понеділка до п'ятниці з 9:30 до 15:30 за східним стандартним часом (Eastern Standard Time, EST). Крім того, ви можете звернутися до представника відділу обслуговування учасників у будь-якій установі Kaiser Permanente.

### Документація для підтвердження доходів

Підтвердження доходів — це один з етапів, необхідних для визначення вашого права на фінансову допомогу для оплати медичного обслуговування. Якщо до заповненої заявки додаються документи, що підтверджують доходи, це полегшує перевірку точності відомостей про доходи в процесі розгляду. У таблиці нижче наведено додаткові документи, які необхідно надати, залежно від джерел доходу вашого домогосподарства.

<b>Джерела доходу домогосподарства</b>	<b>Надайте лише один із наведених нижче варіантів підтвердження для кожного джерела доходу</b>
Дохід від підприємницької діяльності / оренди	Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Дохід від трудової діяльності / заробітна плата	Останні розрахункові листи Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Пенсійний дохід / вихідна допомога / щорічні виплати за договором	Останні розрахункові листи Довідка про розмір пенсії, вихідної допомоги, інших виплат Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Дохід самозайнятої особи	Останні розрахункові листи Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Соціальні виплати / додатковий гарантований дохід	Довідка про призначення допомоги, видана управлінням соціального захисту Довідка, видана органом соціального захисту
Допомога з безробіття/інвалідності	Довідка про призначення допомоги з безробіття/інвалідності Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Пенсія для ветеранів	Довідка про призначення пенсії з Міністерства в справах ветеранів (Department of Veterans Affairs, VA) Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація

Джерела доходу домогосподарства	Надайте лише один із наведених нижче варіантів підтвердження для кожного джерела доходу
Державна допомога (наприклад, за програмами Medicaid, надання тимчасової допомоги нужденним сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), додаткової продовольчої допомоги (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), забезпечення додаткового харчування для жінок, немовлят і дітей старшого віку (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) або надання соціального житла)	Довідка, що підтверджує право на участь у відповідній програмі
Проценти або дивіденди	Остання податкова декларація
Виплати на утримання дитини / аліменти, що виплачуються чоловіку (дружині)	Довідка про сукупний місячний дохід на утримання дитини або розмір аліментів
Відсутність доходів у домогосподарстві	Письмове підтвердження/пояснення

### Чого чекати після подання заявки

Протягом тридцяти (30) днів з отримання вашої заявки ми поінформуємо вас про результати її розгляду:

- У разі схвалення заявки ви отримаєте письмове сповіщення про надання фінансової допомоги.
- Якщо в заявці бракує якоїсь інформації, ви отримаєте листа, де буде зазначено, яка інформація необхідна для обробки вашої заявки. Потрібну інформацію, як-от підтвердження доходу або копії документів про власні витрати, можна надіслати поштою чи подати особисто.
- Якщо заявку буде відхилено, ви отримаєте листа, у якому буде зазначено причини відмови, і матимете право подати апеляцію на наше рішення.

## Заявка на участь у програмі фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування (Medical Financial Assistance, MFA)

### Розділ 1. Відомості про пацієнта

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ		НОМЕР МЕДИЧНОЇ КАРТИ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)	
ДАТА НАРОДЖЕННЯ		НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО) <input type="checkbox"/> У мене немає номера соціального страхування	
ПОШТОВА АДРЕСА (ВУЛИЦЯ, НОМЕР БУДИНКУ)			
МІСТО		ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
Пацієнт зараз не має житла? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		ОСНОВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	<input type="checkbox"/> Домашній <input type="checkbox"/> Мобільний <input type="checkbox"/> Робочий <input type="checkbox"/> Інший
Чи пацієнта зареєстровано в програмах допомоги штату, як-от програма додаткової продовольчої підтримки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), програма надання тимчасової допомоги нужденним сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), програма забезпечення додаткового харчування для жінок, немовлят і дітей старшого віку (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC), програми надання соціального житла або Medicaid? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			

### Розділ 2. Відомості про домогосподарство

<p><b>Кількість членів домогосподарства.</b> Кількість членів домогосподарства (включно з вами), які проживають у вашому помешканні. Ураховуйте чоловіка (жінку) або співмешканця (співмешканку) згідно з критеріями, дітей, піклувальників, які не є батьками, родичів тощо.</p>	_____										
<p><b>Дохід домогосподарства (місячний).</b> Сума сукупного доходу (до сплати податків та інших відрахувань) усіх членів домогосподарства старше 18 років. Зазначте ВСІ відповідні типи доходів:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Дохід від підприємницької діяльності / оренди</td> <td><input type="checkbox"/> Соціальні виплати / додатковий гарантований дохід</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Дохід від трудової діяльності / заробітна плата</td> <td><input type="checkbox"/> Допомога з безробіття/інвалідності</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Пенсія для ветеранів</td> <td><input type="checkbox"/> Виплати на утримання дитини / аліменти, що виплачуються чоловіку (дружині)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Проценти або дивіденди</td> <td><input type="checkbox"/> Пенсійний дохід / вихідна допомога / щорічні виплати за договором</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Дохід самозайнятої особи</td> <td><input type="checkbox"/> У моєму домогосподарстві ніхто не має заробітку або не отримував доходів протягом останніх 2 місяців</td> </tr> </table> <p>Якщо сукупний річний дохід усіх членів домогосподарства дорівнює нулю, підтвердьте це, поставивши відповідну позначку вище, і надайте письмове пояснення щодо того, як дорослі члени сім'ї забезпечують свої потреби, наприклад у продуктах харчування, житлі, побутових зручностях тощо, не маючи доходу.</p>	<input type="checkbox"/> Дохід від підприємницької діяльності / оренди	<input type="checkbox"/> Соціальні виплати / додатковий гарантований дохід	<input type="checkbox"/> Дохід від трудової діяльності / заробітна плата	<input type="checkbox"/> Допомога з безробіття/інвалідності	<input type="checkbox"/> Пенсія для ветеранів	<input type="checkbox"/> Виплати на утримання дитини / аліменти, що виплачуються чоловіку (дружині)	<input type="checkbox"/> Проценти або дивіденди	<input type="checkbox"/> Пенсійний дохід / вихідна допомога / щорічні виплати за договором	<input type="checkbox"/> Дохід самозайнятої особи	<input type="checkbox"/> У моєму домогосподарстві ніхто не має заробітку або не отримував доходів протягом останніх 2 місяців	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>\$ _____</p>
<input type="checkbox"/> Дохід від підприємницької діяльності / оренди	<input type="checkbox"/> Соціальні виплати / додатковий гарантований дохід										
<input type="checkbox"/> Дохід від трудової діяльності / заробітна плата	<input type="checkbox"/> Допомога з безробіття/інвалідності										
<input type="checkbox"/> Пенсія для ветеранів	<input type="checkbox"/> Виплати на утримання дитини / аліменти, що виплачуються чоловіку (дружині)										
<input type="checkbox"/> Проценти або дивіденди	<input type="checkbox"/> Пенсійний дохід / вихідна допомога / щорічні виплати за договором										
<input type="checkbox"/> Дохід самозайнятої особи	<input type="checkbox"/> У моєму домогосподарстві ніхто не має заробітку або не отримував доходів протягом останніх 2 місяців										
<p><b>Витрати на медичне обслуговування.</b> Сума власних витрат за 12-місячний період на екстрену допомогу або необхідні за медичними показаннями послуги, надані Kaiser Permanente або будь-яким іншим постачальником медичних послуг. У витратах можна враховувати доплати, внески, частки пацієнтів в оплаті або франшизи на медичні, фармацевтичні чи стоматологічні послуги, які відповідають критеріям програми.</p>	<p>_____</p> <p>\$ _____</p>										

Зазначте всіх членів домогосподарства, яке подає заявку на фінансову допомогу для оплати медичного обслуговування.

Ім'я та прізвище	Дата народження	Ким доводиться / характер стосунків	№ медичної картки
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Ви не застраховані? Kaiser Permanente до ваших послуг.** Якщо у вас немає страхового покриття медичних послуг, ми допоможемо розібратися в доступних варіантах. Позначте цей пункт, якщо хочете, щоб представник Kaiser Permanente зв'язався з вами та обговорив доступні вам варіанти страхування. Або зателефонуйте нам за номером **1-800-479-5764** (TTY: 711), щоб отримати пропозицію.

Так, зв'яжіться зі мною

Цим я засвідчую, що всі наведені в цій заявці відомості є в усіх аспектах правдивими, точними й повними. Крім того, я підтверджую та визнаю свої зобов'язання перед Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) щодо всіх сум, належних Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals за медичні вироби й послуги, на які не поширюється ця програма («Залишкові суми»).

**Примітка.** У разі ненадання документів для підтвердження доходів, щоб визначити відповідність критеріям федеральних програм, програм штату, а також приватних медичних програм, зокрема програми MFA, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals використовуватиме інформацію від агенцій, що займаються збиранням даних про споживче кредитування, і з інших сторонніх джерел.

Подаючи цю заявку, я даю дозвіл KFH/HP звертатися за інформацією до агенцій, що займаються збиранням даних про споживче кредитування, а також інших сторонніх джерел, коли це потрібно для перевірки будь-яких відомостей, наведених у цій заявці.

підпис	ДАТА
--------	------

Ми докладатимемо всіх обґрунтованих зусиль для своєчасної обробки вашої заявки, і після її розгляду ви отримаєте листа про його результати.

# 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.