

# Program Dofinansowania usług medycznych (MFA) Kaiser Permanente

---

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**English:** This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

**Chinese:** 這是來自Kaiser Permanente的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電**1-800-757-7585**尋求語言協助。我們每週7天，每天24小時皆提供協助（節假日休息）。

**Spanish:** La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

## Program Dofinansowania usług medycznych (MFA) Kaiser Permanente

Jeśli potrzebujesz wsparcia w opłaceniu usług medycznych uzyskanych w placówkach Kaiser Permanente lub w zakupie leków na receptę uzyskaną w Kaiser Permanente, nasz program Dofinansowania usług medycznych (Medical Financial Assistance, MFA) może okazać się pomocny.

### Zasady funkcjonowania programu

- Program oferuje tymczasowe „zastrzyki finansowe” wspomagające uprawnionych do pomocy wnioskodawców w spełnieniu ich potrzeb finansowych.
- Program jest dostępny dla wszystkich pacjentów placówek Kaiser Permanente bez względu na to, czy do nich należą.
- Zakwalifikowani wnioskodawcy mogą liczyć przez określony czas na pokrywanie kosztów nagłej opieki medycznej lub usług uzasadnionych medycznie świadczonych przez dostawców Kaiser Permanente lub w placówkach Kaiser Permanente.

### Zasady kwalifikacji do programu

#### Wnioskodawca musi spełnić jedno z poniższych wymagań:\*

1. Dochód brutto gospodarstwa domowego nie przekracza 400% federalnego progu ubóstwa.

\***Uwaga:** Jeśli dochód brutto gospodarstwa domowego przekracza 400% federalnego progu ubóstwa i/lub jesteś członkiem Kaiser Permanente z udziałem własnym w stanie Kalifornia, wówczas musisz spełnić poniższy warunek.

2. Koszty nagłej pomocy medycznej lub usług uzasadnionych medycznie, opieki stomatologicznej oraz leków pokrywane z własnej kieszeni w okresie 12 miesięcy są równe lub wyższe niż 10% dochodu brutto gospodarstwa domowego.
  - Koszty ponoszone z własnej kieszeni uwzględniają współpłatności, współubezpieczenia oraz udział własny.
  - Koszty ponoszone z własnej kieszeni nie uwzględniają żadnych płatności na jakiegokolwiek programy zdrowotne, np. składek miesięcznych.

400% wytycznych federalnego poziomu ubóstwa (FPG) na 2021		
Jeśli rozmiar gospodarstwa domowego pacjenta wynosi:	Dochód gospodarstwa domowego nie może być wyższy niż:	
	miesięcznie	rocznie
1	\$4,530	\$54,360
2	\$6,103	\$73,240
3	\$7,677	\$92,120
4	\$9,250	\$111,000
5	\$10,823	\$129,880
6	\$12,397	\$148,760

Wejź na stronę [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty), aby poznać wytyczne dla większych gospodarstw domowych.

#### Jeśli pacjent nie jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym, być może będzie musiał takowe nabyć.

- Ze względu na fakt, że program MFA zapewnia jedynie tymczasową pomoc finansową, możemy zażądać, aby pacjent złożył wniosek o objęcie ubezpieczeniem w dłuższej perspektywie. Może ona uwzględniać wszelkie inne publiczne lub prywatne programy zdrowotne, do których pacjent jest uprawniony — np. Medi-Cal lub plany dofinansowywane dostępne na rynku ubezpieczeń zdrowotnych.
- Możemy poprosić o wykazanie, że pacjent starał się o objęcie tymi programami i że jego wniosek został przyjęty bądź odrzucony. Jednak nadal pacjent może uzyskać pomoc finansową w ramach programu MFA, oczekując na decyzję z innych programów.






#### Masz pytania?

Aby uzyskać dodatkowe informacje na temat kwalifikacji do programu MFA lub aby sprawdzić, jakie usługi zdrowotne uwzględnia, należy wejść na stronę [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal) lub zadzwonić pod numer **1-800-390-3507** (dla TTY – 711).

Aby uzyskać dodatkowe informacje o ubezpieczeniu zdrowotnym, należy zadzwonić pod numer **1-800-479-5764** (dla TTY – 711).

## Ubieganie się o przyjęcie

Jeśli pacjent spełnia wymagania kwalifikacji do programu, może ubiegać się o przyjęcie do niego na kilka sposobów.

 <b>Za pośrednictwem Internetu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wypełniając wniosek MFA na stronie internetowej <a href="http://www.kp.org/mfa/ncal">www.kp.org/mfa/ncal</a>.</li><li>• Przygotuj się, aby móc przekazać doradcy wszystkie informacje wymienione we wniosku MFA na następnej stronie.</li></ul>
 <b>Pocztą</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie.</li><li>• Prześlij wypełniony wniosek na adres: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li></ul>
 <b>Faksem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie.</li><li>• Przetaksuj uzupełniony wniosek pod numer <b>1-800-687-9901</b>.</li></ul>
 <b>Osobiście</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie.</li><li>• Oddaj osobiście wypełniony wniosek w dziale finansowym ds. obsługi pacjenta w dowolnej placówce Kaiser Permanente.</li></ul>
 <b>Kontakt telefoniczny</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zadzwoń do nas pod numer <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, od poniedziałku do piątku od 8:00 do 17:00 czasu pacyficznego (Pacific Standard Time, PST).</li><li>• Przygotuj się, aby móc przekazać doradcy informacje wymienione we wniosku MFA na następnej stronie.</li></ul>

**Ważne:** składając wniosek pocztą, faksem lub pozostawiając go osobiście, upewnij się, że wypełniłeś(-aś) możliwie jak najwięcej rubryk w formularzu. Wszelkie braki w informacjach mogą opóźnić proces rozpatrzenia wniosku.

### Czego oczekiwać w momencie złożenia wniosku

Po rozpatrzeniu uzupełnionego wniosku powiadamy pacjenta o naszej decyzji:

- Wniosek pacjenta został przyjęty i pacjent otrzyma pomoc finansową.
- Aby uzupełnić wniosek, potrzebujemy dodatkowych informacji lub dokumentów, które pacjent może przesłać nam pocztą lub przekazać osobiście; może to być potwierdzenie dochodów lub kopie rachunków opłaconych we własnym zakresie.
- Wniosek pacjenta został odrzucony. Wraz z odmową przekazujemy również przyczyny naszej decyzji, od której pacjent może się odwołać.

### Dodatkowa pomoc

W razie pytań lub problemów z wypełnieniem wniosku można zadzwonić pod numer **1-800-390-3507 (TTY 711)**, od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 17:00 PST. Można także zasięgnąć porady doradcy finansowego w dowolnej placówce Kaiser Permanente.

## Ubieganie się o udział w programie Dofinansowanie usług medycznych (MFA)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Nr karty pacjenta: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nr kontaktowy: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

**Rozmiar gospodarstwa domowego:** Liczba członków rodziny (wraz z wnioskodawcą) gospodarstwo domowe. Członkiem rodziny może być współmałżonek lub partner, dzieci, opiekun niespokrewniony itp.

**Dochód gospodarstwa domowego (miesięczny):** Całkowity dochód brutto wszystkich osób zamieszkujących gospodarstwo domowe. Należy sprawdzić WSZYSTKIE typy dochodu, które mają zastosowanie:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dochody z tytułu zatrudnienia/<br>prac zleconych           | <input type="checkbox"/> Alimenty/Zasiłek na dziecko  |
| <input type="checkbox"/> Dochód z posiadanej firmy/wynajmu<br>nieruchomości         | <input type="checkbox"/> Renta chorobowa lub emerytura/<br>Renta dożywotnia                         |
| <input type="checkbox"/> Zasiłek dla bezrobotnych/<br>Zasiłek dla niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> Zasiłek/dodatek uzupełniający z opieki<br>społecznej/Zasiłki dla weteranów |

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

**Koszty opieki zdrowotnej:** Całkowite koszty nagłych usług medycznych lub usług uzasadnionych medycznie uzyskanych w placówkach Kaiser Permanente lub u innego dostawcy usług medycznych opłacone we własnym zakresie w ciągu 12 miesięcy. Mogą uwzględniać współpłaty, depozyty, współubezpieczenia lub udział własny w płatnościach za uzasadnione zdrowotnie usługi medyczne, farmakologiczne lub stomatologiczne.

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

**Wymień wszystkich członków gospodarstwa domowego ubiegających się o objęcie programem.**

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Rodzaj relacji	Nr karty pacjenta
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**Nie masz ubezpieczenia? Kaiser Permanente Ci pomoże.** Jeśli nie masz ubezpieczenia zdrowotnego, możemy przedstawić Ci możliwości dostępne w Twoim przypadku. Zaznacz to pole, jeśli chcesz, aby Kaiser Permanente skontaktował się z Tobą w celu omówienia dostępnych opcji.

 Tak, proszę o kontakt

Niniejszym oświadczam że wszystkie przekazane przeze mnie w tym wniosku informacje są prawdziwe, kompletne i dokładne pod każdym względem. Ponadto przyjmuję do wiadomości i potwierdzam, że zobowiązuję się do zwrotu na rzecz fundacji Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals wszelkich kosztów poniesionych przez program Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals na usługi i produkty medyczne, które nie są objęte Programem („Pozostałe koszty”).

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Uwaga:** Fundacja Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals zastrzega sobie prawo do wykorzystania informacji pozyskanych od agencji kredytowych lub innych stron trzecich dotyczących uprawnień pacjenta do korzystania z pomocy federalnych, stanowych czy prywatnych programów w zakresie służby zdrowia, m.in. programu MFA.