

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 uzyskanych usług medycznych lub w zakupie leków na receptę (lub w przypadku, gdy planowe jest ich uzyskanie) 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.
- „Zastrzyk finansowy” nie dotyczy usług opieki zdrowotnej świadczonych i rozliczanych poza Kaiser Permanente.

Zasady kwalifikacji do programu

Aby się zakwalifikować, należy spełnić JEDEN z następujących zestawów kryteriów:

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

LUB

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.

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.

Wytyczne federalnego poziomu ubóstwa (Federal Poverty Guidelines, FPG) na rok 2023

Jeśli rozmiar gospodarstwa domowego pacjenta/ wielkość rodziny wynosi:	Przyznanie 100% w wypadku miesięcznego dochodu brutto gospodarstwa domowego na poziomie lub poniżej 200% FPG	Przyznanie 50% w wypadku miesięcznego dochodu brutto gospodarstwa domowego w przedziale od 201% do 400% FPG
1	Do \$2 430	\$2 431 do \$4 860
2	Do \$3 287	\$3 288 do \$6 573
3	Do \$4 143	\$4 144 do \$8 287
4	Do \$5 000	\$5 001 do \$10 000
5	Do \$5 857	\$5 858 do \$11 713
6	Do \$6 713	\$6 714 do \$13 427

Wejdź na stronę aspe.hhs.gov/poverty, aby poznać wytyczne dla większych gospodarstw domowych.

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 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.

	Za pośrednictwem Internetu	• Wypełniając wniosek MFA na stronie internetowej www.kp.org/mfa/ncal. • Przygotuj się, aby móc przekazać doradcy wszystkie informacje wymienione we wniosku MFA na następnej stronie.
	Faksem	• Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie. • Przetaksuj uzupełniony wniosek pod numer 1-800-687-9901.
	Pocztą	• Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie. • Prześlij wypełniony wniosek na adres: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
	Osobiście	• Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie. • Oddaj osobiście wypełniony wniosek w dziale finansowym ds. obsługi pacjenta w dowolnej placówce Kaiser Permanente.

Ważne: składając wniosek online 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 w ciągu trzydziestu (30) dni od jego otrzymania:

- Jeśli wniosek pacjenta zostanie zatwierdzony, pacjent otrzyma list z powiadomieniem o pomocy finansowej.
- Jeśli wniosek jest niekompletny, pacjent otrzyma list wyjaśniający informacje potrzebne do jego przetworzenia. Żądane informacje można przekazać pocztą lub osobiście; może to obejmować dowód dochodów lub kopie wydatków bieżących.
- Jeśli wniosek pacjenta zostanie odrzucony, pacjent otrzyma list z powiadomieniem o przyczynach odrzucenia. W takim przypadku pacjent może odwołać się od decyzji.

Dodatkowa pomoc

W razie pytań lub problemów z wypełnieniem wniosku, lub jeśli pacjent chce sprawdzić status swojego 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:

- | | |
|---|---|
| ☐ Dochody z tytułu zatrudnienia/
prac zleconych | ☐ Alimenty/Zasiłek na dziecko |
| ☐ Dochód z posiadanej firmy/wynajmu
nieruchomości | ☐ Renta chorobowa lub emerytura/
Renta dożywotnia |
| ☐ Zasiłek dla bezrobotnych/
Zasiłek dla niepełnosprawnych | ☐ Zasiłek/dodatek uzupełniający z opieki
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 lub możesz zadzwonić do nas pod numer **1-800-479-5764 (TTY 711)**, aby uzyskać wycenę.

☐ 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.