

Kaiser Permanente (MFA) برنامه کمک مالی پزشکی

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-813-2000** 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**1-800-813-2000**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 **1-800-813-2000** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

برنامه کمک مالی پزشکی (MFA) Kaiser Permanente

اگر برای پرداخت هزینه خدمات مراقبت سلامت یا نسخه‌های دریافت‌شده یا آتی از Kaiser Permanente نیاز به کمک دارید، برنامه کمک مالی پزشکی (Medical Financial Assistance, MFA) ما ممکن است بتواند به شما کمک کند.

شرح جزئیات برنامه

- این برنامه «کمک‌های» موقت را برای متقاضیان واجد شرایط ارائه می‌کند تا بسته به نیاز مالی‌شان، در پرداخت هزینه مراقبت‌ها کمک دریافت کنند.
- این برنامه برای تمام بیماران Kaiser Permanente است، چه عضو باشند و چه عضو نباشند.
- در صورت اعطای کمک، برنامه مراقبت‌های اضطراری یا مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی ارائه‌شده از سوی خدمات‌دهندگان Kaiser Permanente یا از سوی مراکز Kaiser Permanente را برای مدت زمان مشخص پوشش خواهد داد.
- این کمک اعطایی برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی که خارج از Kaiser Permanente ارائه شده‌اند و برای آن‌ها صورت‌حساب صادر شده است، اعمال نمی‌شود.

نحوه احراز صلاحیت

برای واجد شرایط بودن، باید از یکی از این معیارها برخوردار باشید:

1. درآمد ناخالص خانوار شما از 400% خط فدرال فقر بیشتر نباشد.

دستورالعمل‌های خط فقر فدرال (Federal Poverty Guidelines, FPG) سال 2023				اگر تعداد نفرات خانوار شما این است:
100% کمک هزینه در صورتی که درآمد ناخالص خانوار 200% از FPG یا کمتر از آن باشد	75% کمک هزینه در صورتی که درآمد ناخالص ماهانه خانوار بین 201% تا 300% از FPG باشد	50% کمک هزینه در صورتی که درآمد ناخالص ماهانه خانوار بین 301% تا 350% از FPG باشد	25% کمک هزینه در صورتی که درآمد ناخالص ماهانه خانوار بین 351% تا 400% از FPG باشد	
\$2,430 تا	\$2,431 تا \$3,645	\$3,646 تا \$4,253	\$4,254 تا \$4,860	1
\$3,287 تا	\$3,288 تا \$4,930	\$4,931 تا \$5,752	\$5,753 تا \$6,573	2
\$4,143 تا	\$4,144 تا \$6,215	\$6,216 تا \$7,251	\$7,252 تا \$8,287	3
\$5,000 تا	\$5,001 تا \$7,500	\$7,501 تا \$8,750	\$8,751 تا \$10,000	4
\$5,857 تا	\$5,858 تا \$8,785	\$8,786 تا \$10,249	\$10,250 تا \$11,713	5
\$6,713 تا	\$6,714 تا \$10,070	\$10,071 تا \$11,748	\$11,749 تا \$13,427	6

برای آگاهی از معیارها و ضوابط برای خانوارهای پرجمعیت‌تر، به aspe.hhs.gov/poverty مراجعه کنید.

یا

2. هزینه‌های پرداخت‌شده شخصی شما برای مراقبت‌های سلامت جهت مراقبت‌های اضطراری یا مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی،

مراقبت‌های دندانپزشکی و دارو در یک دوره 12 ماهه برابر یا بیشتر از 10% درآمد ناخالص خانوار شما هستند.

○ هزینه‌های پرداخت‌شده شخصی، پرداخت مشترک، بیمه مشترک و پرداخت‌های دارای کسورات را در بر می‌گیرد.

○ پرداخت‌هایی که برای خود برنامه مراقبت‌های سلامت خود می‌کنید، مانند حق بیمه ماهیانه جزء هزینه‌های شخصی محسوب نمی‌شوند.

اگر بیمه سلامت ندارید، شاید ملزم باشید که برای آن درخواست بدهید.

- از آنجایی که برنامه MFA فقط کمک‌های مالی موقت ارائه می‌کند، شاید از شما بخواهیم برای پوشش بلندمدت نیز اقدام کنید. این می‌تواند شامل هریک از برنامه‌های خصوصی سلامت باشد که واجد شرایط آن هستید - مانند Medicaid یا برنامه‌های سوبسیدی که در بازارهای بیمه سلامت عرضه شده‌اند.

- شاید از شما بخواهیم مدارکی ارائه کنید که نشان دهد برای این برنامه‌ها درخواست داده‌اید یا اینکه درخواست شما مورد پذیرش قرار گرفته یا رد شده است. ولی حتی در طول مدتی که منتظر اعلام تصمیم این برنامه‌های دیگر هستید، شاید بتوانید از برنامه MFA کمک مالی دریافت کنید.

آیا سؤالی دارید؟

برای اطلاعات بیشتر درباره واجد شرایط بودن برای برنامه MFA یا دیدن خدمات مراقبت سلامت که هزینه‌هایشان را پرداخت می‌کند، از وبسایت www.kp.org/mfa/nw بازدید کنید یا با شماره 1-800-813-2000 (TTY 711) تماس بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر درباره پوشش مراقبت سلامت، با ما با شماره 1-800-479-5764 (TTY 711) تماس بگیرید.

نحوه درخواست

اگر معیارهای صلاحیت را دارا هستید، می‌توانید به یکی از این روش‌ها درخواست خود را ارائه کنید.

• تکمیل درخواست MFA به‌صورت آنلاین www.kp.org/mfa/nw • لطفاً آماده باشید که تمام اطلاعات ذکرشده در درخواست MFA در صفحه بعد را ارائه کنید.	آنلاین 
• فرم درخواست MFA را در صفحه بعد پر کنید. • فرم درخواست تکمیل‌شده خود را به شماره 1-877-829-3547 فکس کنید.	فکس کردن فرم 
• فرم درخواست MFA را در صفحه بعد پر کنید. • فرم درخواست تکمیل‌شده خود را به این آدرس پست کنید: Kaiser Permanente MFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232	پست کردن فرم 
• فرم درخواست MFA را در صفحه بعد پر کنید. • فرم درخواست تکمیل‌شده خود را به کارکنان نام‌نویسی (پذیرش) در یکی از مراکز Kaiser Permanente تحویل دهید. درباره پرسش‌های مربوط به MFA، لطفاً با مرکز خدمات اعضاء با شماره 1-503-813-2000 تماس بگیرید.	تحویل حضوری فرم 

مهم: اگر فرم درخواست را به صورت آنلاین، با پست یا فکس ارسال می‌کنید یا آن را حضوراً تحویل می‌دهید، لطفاً دقت کنید که فرم را تاجایی که امکان دارد کامل پر کنید. هرگونه نقص اطلاعات می‌تواند روند رسیدگی به درخواست شما را با تأخیر مواجه کند.

بعد از ارسال درخواست چه خواهد شد

- بعد از بررسی فرم درخواست تکمیل‌شده شما، یکی از نتایج زیر را ظرف سی (30) روز از دریافت درخواست به شما اعلام خواهیم کرد:
- اگر درخواست شما تأیید شود، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که اعطای کمک مالی در آن به شما اطلاع داده می‌شود. اگر درخواست شما ناقص باشد، نامه‌ای دریافت می‌کنید که در آن توضیح داده می‌شود برای پردازش درخواست شما به چه اطلاعاتی نیاز است.
- اطلاعات درخواست‌شده را می‌توانید پست کنید یا حضوراً تحویل دهید؛ این اطلاعات می‌تواند شامل گواهی درآمد یا کپی‌های هزینه‌های پرداختی از جیب شما باشد.
- اگر درخواست شما رد شود، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که دلیل رد شدن درخواست در آن توضیح داده می‌شود، در این مورد می‌توانید در رابطه با تصمیم ما درخواست تجدیدنظر دهید.

به کمک نیاز دارید؟

اگر سؤالی دارید یا در رابطه با درخواست خود به کمک نیاز دارید یا مایل به بررسی وضعیت درخواست خود هستید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:30 صبح تا 5:00 بعدازظهر به وقت PST با شماره **1-800-813-2000** تماس بگیرید.

فرم درخواست برنامه کمک مالی پزشکی (MFA)

نام: _____ شماره پرونده پزشکی: _____

تاریخ تولد: _____/_____/_____ شماره تماس: (_____) _____ SSN: _____-_____-_____

نشانی: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپکد: _____

تعداد نفرات خانوار: تعداد نفرات خانواده (با احتساب خود شما) که در خانه شما زندگی می‌کنند. می‌تواند شامل همسر یا شریک زندگی واجد شرایط، کودکان یا بستگان مراقبت‌کننده غیر از پدر و مادر و غیره باشد.

درآمد خانوار (ماهانه): جمع درآمد ناخالص تمام اعضای خانوار. تمام انواع درآمدی را

که شامل شما می‌شود، علامت بزنید:

☐ نفقه/هزینه‌های فرزند

☐ درآمد/دستمزد حاصل از اشتغال

☐ مستمری یا مقرری بازنشستگی/مستمری سالیانه

☐ درآمد حاصل از کسب‌وکار/املاک اجاره‌ای

☐ مزایای تأمین اجتماعی/درآمد تکمیلی تأمینی/مزایای

☐ مزایای بیکاری/درآمد از کار افتادگی

بازنشستگان نیروهای مسلح

\$ _____

مخارج مراقبت‌های سلامت: مجموع تمام هزینه‌های پرداخت‌شده شخصی شما در یک دوره 12 ماهه

برای خدمات اضطراری یا دارای ضرورت پزشکی ارائه‌شده توسط Kaiser Permanente

یا هر ارائه‌کننده دیگر مراقبت‌های سلامت. ممکن است پرداخت‌های مشترک، سپرده‌ها، بیمه مشترک،

یا پرداخت‌های دارای کسورات برای خدمات واجد شرایط پزشکی، داروخانه یا دندانپزشکی را شامل شود.

\$ _____

لطفاً تمام اعضای خانوار خود را که برای برنامه درخواست می‌دهند ذکر کنید.

نام	تاریخ تولد	نسبت	شماره پرونده پزشکی
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

بیمه نیستید؟ Kaiser Permanente می‌تواند کمک کند. اگر فاقد پوشش مراقبت‌های سلامت هستید، می‌توانیم

کمکتان کنیم تا با گزینه‌های موجود آشنا شوید. اگر مایل هستید از طرف Kaiser Permanente با شما تماس

گرفته شود و گزینه‌های موجود به شما معرفی گردد، این کادر را علامت بزنید؛ همچنین می‌توانید برای استعلام، از

طریق شماره **1-800-479-5764 (TTY 711)** با ما تماس بگیرید.

☐ بله، با من تماس بگیرید

بدین‌وسیله اعلام می‌نمایم که تمام اطلاعات ذکرشده در این فرم درخواست از هر حیث واقعی و دقیق و کامل است. من از این مسئله آگاهم و با آن موافقت

دارم که نسبت به Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals موظف هستم هزینه کلیه اقلام و خدمات پزشکی را که در برنامه پوشش

داده نمی‌شوند («مقادیر باقیمانده»)، به Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals بپردازم.

امضا: _____ تاریخ: _____

توجه: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که برای تعیین صلاحیت افراد جهت

قرارگرفتن در برنامه‌های فدرال، ایالتی و برنامه‌های خصوصی پزشکی، از جمله برنامه MFA، از اطلاعات سازمان‌های گزارش‌دهنده اعتبار

مصرف‌کنندگان و سایر منابع ثالث اطلاعات استفاده نمایند.