

برنامج (MFA) Medical Financial Assistance

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في دفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية التي حصلت عليها أو من المقرر أن تحصل عليها من Kaiser Permanente، فقد يكون برنامج (MFA) Medical Financial Assistance لدينا قادرًا على مساعدتك. يمكنك تقديم طلب الانضمام من خلال إكمال الطلب وإرساله، بما في ذلك معلومات دخل أسرتك.

كيفية عمل البرنامج

- يقدم البرنامج "منحًا" مؤقتة لمساعدة المتقدمين المؤهلين على الدفع مقابل الرعاية وفقًا لاحتياجاتهم المالية.
- البرنامج متاح لجميع مرضى Kaiser Permanente، سواء كنت عضوًا أم لا.
- في حالة تلقي المنحة، سيغطي البرنامج الرعاية الطارئة/العاجلة أو الضرورية طبيًا من مقدمي خدمات Kaiser Permanente أو المقدمة في منشآت Kaiser Permanente لفترة محددة.
- لا تنطبق المنحة على خدمات الرعاية الصحية المقدمة والمفوترة خارج منشآت Kaiser Permanente.

كيفية التأهل

لتصبح مؤهلاً، يجب أن تلي أحد المعايير التالية:

1. يبلغ إجمالي دخل أسرتك (الدخل قبل الضرائب والخصومات) 400% أو أقل من مستوى خط الفقر الفيدرالي. أو
2. تساوي تكاليف الرعاية الصحية النثرية التي تدفعها من مالك الخاص مقابل الرعاية الطارئة أو الضرورية طبيًا، ورعاية الأسنان، والأدوية على مدار فترة 12 شهرًا 10% أو أكثر من إجمالي دخل أسرتك.
 - تتضمن التكاليف النثرية الدفعات المشتركة والتأمين المشترك والمبالغ المخصصة.
 - لا تتضمن التكاليف النثرية أي مدفوعات لخطتك الصحية نفسها، على سبيل المثال القسط الشهري.

توجيهات خط الفقر الفيدرالي (Federal Poverty Guidelines, FPG) لعام 2024

منحة بنسبة 25% لإجمالي دخل الأسرة الشهري بين 351% و400% من FPG	منحة بنسبة 50% لإجمالي دخل الأسرة الشهري بين 301% و350% من FPG	منحة بنسبة 75% لإجمالي دخل الأسرة الشهري بين 201% و300% من FPG	منحة بنسبة 100% لإجمالي دخل الأسرة الشهري الذي يصل إلى 200% من FPG أو أقل من ذلك	إذا كان عدد أفراد أسرتك:
من \$4,394 إلى \$5,020	من \$3,766 إلى \$4,393	من \$2,511 إلى \$3,765	حتى \$2,510	1
من \$5,963 إلى \$6,813	من \$5,111 إلى \$5,962	من \$3,408 إلى \$5,110	حتى \$3,407	2
من \$7,532 إلى \$8,607	من \$6,456 إلى \$7,531	من \$4,304 إلى \$6,455	حتى \$4,303	3
من \$9,101 إلى \$10,400	من \$7,801 إلى \$9,100	من \$5,201 إلى \$7,800	حتى \$5,200	4
من \$10,670 إلى \$12,193	من \$9,146 إلى \$10,669	من \$6,098 إلى \$9,145	حتى \$6,097	5
من \$12,239 إلى \$13,987	من \$10,491 إلى \$12,238	من \$6,994 إلى \$10,490	حتى \$6,993	6

تفضل بزيارة aspe.hhs.gov/poverty للعثور على التوجيهات المتعلقة بالأسر الأكبر عددًا.

هل لديك أي أسئلة؟

للحصول على مزيد من المعلومات بخصوص التأهل لبرنامج MFA، أو لمعرفة خدمات الرعاية الصحية التي يدفع البرنامج مقابلها، تفضل بزيارة kp.org/mfa/nw، أو اتصل على الرقم (TTY 711) 1-800-813-2000، أو امسح هذا الرمز ضوئيًا.

للحصول على مزيد من المعلومات بخصوص خيارات تغطية الرعاية الصحية، اتصل بنا على الرقم (TTY 711) 1-800-479-5764.



كيفية تقديم طلب

إذا كنت تستوفي متطلبات الأهلية، فيمكنك تقديم طلب الانضمام باتباع أي من هذه الطرق.

<ul style="list-style-type: none"> • أكمل طلب الانضمام إلى برنامج MFA عبر الإنترنت على kp.org/mfa/nw • كن مستعدًا لتقديم جميع المعلومات المدرجة داخل طلب الانضمام إلى برنامج MFA في الصفحة التالية. 	 عبر الإنترنت
<ul style="list-style-type: none"> • أكمل طلب الانضمام إلى برنامج MFA في الصفحة التالية. • أرسل طلبك المكتمل عبر الفاكس إلى 1-877-829-3547. 	 أرسله عبر الفاكس
<ul style="list-style-type: none"> • أكمل طلب الانضمام إلى برنامج MFA في الصفحة التالية. • أرسل طلبك المكتمل بالبريد إلى: 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232 	 أرسله بالبريد
<ul style="list-style-type: none"> • أكمل طلب الانضمام إلى برنامج MFA في الصفحة التالية. • قدم طلبك المكتمل إلى موظفي التسجيل (تسجيل الوصول) في أي منشأة من منشآت Kaiser Permanente. إذا كانت لديك أسئلة بخصوص برنامج MFA، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 503-813-2000. 	 قدّمه شخصيًا

مهم: عند التقديم عبر الإنترنت أو عن طريق البريد أو الفاكس أو عند توصيل طلبك شخصيًا، يرجى التأكد من ملء الطلب بقدر الإمكان. قد تُعطل المعلومات المفقودة عملية معالجة طلبك وقد تؤدي إلى رفض المساعدة.

هل تحتاج إلى مساعدة؟

إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن طلبك، فيرجى الاتصال على الرقم (TTY 711) 1-800-813-2000، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 صباحًا إلى 5 مساءً، بتوقيت المحيط الهادئ. ويمكنك أيضًا التحدث إلى أحد ممثلي خدمات الأعضاء في أي من مواقع Kaiser Permanente.

وثائق إثبات الدخل

تعد عملية التحقق من الدخل جزءًا من تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية للرعاية الطبية. ولذلك، سيساعد إدراج وثائق إثبات الدخل مع طلبك المكتمل على تأكيد صحة دخلك أثناء عملية المراجعة. يسرد الجدول أدناه الوثائق الاختيارية التي يمكن إرسالها وفقًا لمصادر دخل أسرته.

مصادر دخل الأسرة	تقديم إحدى الوثائق التالية فقط لكل مصدر دخل
دخل عمل/إيجار	نماذج W-2 (كشف الأجور والضرائب) أو نماذج 1099 أو الإقرارات الضريبية الحديثة
دخل التوظيف/الأجور	قسائم الرواتب الحديثة نماذج W-2 (كشف الأجور والضرائب) أو نماذج 1099 أو الإقرارات الضريبية الحديثة
دخل المعاش/التقاعد/المستحقات السنوية المستلم	قسائم الرواتب الحديثة كشف صرف المعاش/التقاعد نماذج W-2 (كشف الأجور والضرائب) أو نماذج 1099 أو الإقرارات الضريبية الحديثة
دخل العمل الحر	قسائم الرواتب الحديثة نماذج W-2 (كشف الأجور والضرائب) أو نماذج 1099 أو الإقرارات الضريبية الحديثة
دخل الضمان الاجتماعي/التكميلي	خطاب التحقق من الإعانة من إدارة الضمان الاجتماعي كشف الضمان الاجتماعي
إعانات البطالة/دخل الإعانة	خطاب التحقق من إعانات البطالة/الإعانة نماذج W-2 (كشف الأجور والضرائب) أو نماذج 1099 أو الإقرارات الضريبية الحديثة
دخل إعانات المحاربين القدامى	خطاب التحقق من الإعانات المعنية من إدارة شؤون المحاربين القدامى (Veterans Affairs, VA) نماذج W-2 (كشف الأجور والضرائب) أو نماذج 1099 أو الإقرارات الضريبية الحديثة
المساعدة الحكومية (مثل Medicaid أو TANF أو SNAP أو WIC أو إسكان ذوي الدخل المنخفض)	الموافقة على خطاب الأهلية
دخل الفوائد أو الأرباح	الإقرار الضريبي الحديث
المدفوعات المستلمة لدعم الزوج/الزوجة/الأطفال	خطاب يوضح الدخل الإجمالي الشهري المستلم لدعم الطفل أو النفقة
لا يوجد دخل للأسرة	إقرار/شرح مكتوب

ما يجب عليك توقعه بعد تقديم الطلب

بعد مراجعتنا طلبك المكتمل، سنخبرك بإحدى النتائج التالية في غضون ثلاثين (30) يومًا من تاريخ الاستلام:

- في حالة الموافقة على طلبك، فستتلقى خطابًا لإعلامك بمنحك المساعدة المالية.
- في حالة كان طلبك غير مكتمل، فستتلقى خطابًا يشرح المعلومات اللازمة لمعالجة طلبك. يمكنك إرسال المعلومات المطلوبة عبر البريد أو توصيلها شخصيًا، وقد تشمل تلك المعلومات على إثبات الدخل أو نسخ من نفقاتك النثرية.
- في حالة رفض طلبك، فستتلقى خطابًا لإعلامك بسبب الرفض، وفي هذه الحالة يمكنك استئناف قرارنا.

نموذج طلب برنامج (MFA) Medical Financial Assistance

القسم 1: معلومات المريض

الاسم	رقم السجل الطبي (اختياري)
تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)
العنوان البريدي (الشارع)	<input type="checkbox"/> ليس لدي رقم ضمان اجتماعي
المدينة	الولاية
هل المريض بلا مأوى حاليًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رقم الهاتف الرئيسي
	<input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> الهاتف المحمول <input type="checkbox"/> العمل <input type="checkbox"/> أخرى

هل المريض مسجل في برنامج مساعدة تابع للولاية مثل (SNAP) Supplemental Nutrition Assistance Program، أو (TANF) Temporary Assistance for Needy Families، أو (WIC) Women, Infants & Children، أو low-income housing، أو Medicaid؟ نعم لا

القسم 2: معلومات الأسرة

حجم الأسرة: عدد أفراد الأسرة (بما فيهم أنت) الذين يعيشون في منزلك. قد يشمل الزوج/الزوجة أو شركاء المنزل المؤهلين، والأطفال، ومقدمي الرعاية من غير الوالدين، والأقارب، وما إلى ذلك	
دخل الأسرة (شهريًا): مجموع الدخل الإجمالي (الدخل قبل الضرائب والخصومات) لجميع أفراد الأسرة الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا. حدد جميع أنواع الدخل التي تنطبق:	
<input type="checkbox"/> دخل عمل/إيجار	<input type="checkbox"/> دخل الضمان الاجتماعي/التكميلي
<input type="checkbox"/> دخل التوظيف/الأجور	<input type="checkbox"/> إعانات البطالة/دخل الإعاقة
<input type="checkbox"/> دخل إعانات المحاربين القدامى	<input type="checkbox"/> المدفوعات المستلمة لدعم الزوج/الزوجة/الأطفال
<input type="checkbox"/> دخل الفوائد أو الأرباح	<input type="checkbox"/> دخل المعاش/التقاعد/المستحقات السنوية المستلم
<input type="checkbox"/> دخل العمل الحر	<input type="checkbox"/> لم يكسب أحد في أسرتي أو تلقى دخلاً خلال الشهرين الماضيين
إذا كان الدخل الإجمالي السنوي لجميع أفراد الأسرة صفرًا، ضع علامة في مربع الإقرار أعلاه وأدناه، وقدم شرحًا مكتوبًا حول كيفية توفير أفراد الأسرة البالغين لمستلزماتهم الحياتية دون دخل، أي مستلزمات الطعام والمأوى والمرافق والضروريات الأخرى.	
\$	
تكاليف الرعاية الصحية: النفقات النثرية المقدرة التي تحملتها خلال فترة 12 شهرًا مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات الضرورية طبيًا التي تقدمها Kaiser Permanente أو أي مقدم رعاية صحية آخر. وقد تشمل الدفعات المشتركة أو الودائع أو التأمين المشترك أو المبالغ المخصومة مقابل الخدمات المؤهلة سواءً الطبية أو الصيدلانية أو طب الأسنان.	
\$	

يرجى إدراج جميع أفراد أسرتك المتقدمين للانضمام إلى برنامج **Medical Financial Assistance**.

رقم السجل الطبي

الصلة

تاريخ الميلاد

الاسم

رقم السجل الطبي	الصلة	تاريخ الميلاد	الاسم

أليس لديك تأمين؟ **Kaiser Permanente** يمكنها المساعدة. إذا لم تكن لديك تغطية رعاية صحية، فيمكننا مساعدتك في فهم خياراتك. حدد هذا المربع إذا كنت تريد من Kaiser Permanente أن تتواصل معك لمناقشة خياراتك أو يمكنك الاتصال بنا على الرقم (TTY 711) **1-800-479-5764** للحصول على عرض أسعار.

نعم، تواصل معي

أقر بموجب هذا أن جميع المعلومات الواردة أعلاه في هذا الطلب صحيحة ودقيقة وكاملة من جميع النواحي. أقر وأوافق أيضًا على أنني مسؤول أمام Kaiser Foundation Health Plan والمستشفيات التابعة لها (KFH/HP) عن جميع المبالغ المستحقة لـ Kaiser Foundation Health Plan والمستشفيات التابعة لها مقابل السلع والخدمات الطبية غير المؤهلة بموجب البرنامج ("المبالغ المتبقية").

ملحوظة: في حالة عدم تقديم إثبات دخل، ستستخدم Kaiser Foundation Health Plan والمستشفيات التابعة لها المعلومات من وكالات الاستعلامات الائتمانية الاستهلاكية ومصادر المعلومات الأخرى من الجهات الخارجية لتحديد الأهلية للبرامج الطبية الفيدرالية والتابعة للولاية والخاصة، بما في ذلك برنامج MFA.

من خلال تقديم هذا الطلب، أمتح KFH/HP الإذن بطلب معلومات من وكالات الاستعلامات الائتمانية الاستهلاكية ومصادر المعلومات الأخرى من الجهات الخارجية للتحقق من أي معلومات مقدمة في هذا الطلب والتي تعتبر ضرورية.

التوقيع	التاريخ

سنبذل كل جهد معقول لمعالجة طلبك على الفور، وبمجرد مراجعة طلبك، ستتلقى خطابًا يؤكد النتيجة.

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.