

Programm zur medizinischen Finanzunterstützung (Medical Financial Assistance, MFA)

Wenn Sie Hilfe bei der Bezahlung von Gesundheitsleistungen oder Rezepten benötigen, die Sie von Kaiser Permanente erhalten haben oder erhalten werden, kann Ihnen unser Programm zur medizinischen Finanzunterstützung (MFA) helfen. Für eine Antragstellung füllen Sie einen Antrag aus und reichen diesen zusammen mit Angaben zu Ihrem Haushaltseinkommen ein.

So funktioniert das Programm

- Im Rahmen des Programms werden zeitlich befristete „Zuschüsse“ gewährt, um anspruchsberechtigten Antragsteller/innen zu helfen, ihre Pflegekosten entsprechend ihren finanziellen Bedürfnissen zu decken.
- Es steht allen Patienten von Kaiser Permanente zur Verfügung, unabhängig davon, ob sie Mitglied sind oder nicht.
- Wenn das Programm genehmigt wird, deckt es dringende oder medizinisch notwendige Behandlungen durch Anbieter von Kaiser Permanente oder in Einrichtungen von Kaiser Permanente für einen bestimmten Zeitraum ab.
- Der Zuschuss gilt nicht für Gesundheitsleistungen, die außerhalb der Einrichtungen von Kaiser Permanente erbracht und abgerechnet werden.

So qualifizieren Sie sich

Um sich zu qualifizieren, müssen Sie **EINES** der folgenden Kriterien erfüllen:

1. Ihr **Bruttohaushaltseinkommen** (Einkommen vor Steuern und Abzügen) beträgt 400 % oder weniger der bundesstaatlichen Armutsgrenze.

ODER

2. Ihre Ausgaben für Notfälle oder medizinisch notwendige Behandlungen, Zahnbehandlungen und Medikamente betragen innerhalb von 12 Monaten mindestens 10 % Ihres Bruttohaushaltseinkommens.
 - Zu den Ausgaben gehören Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und Selbstbehalte.
 - Zu den Ausgaben zählen keine Zahlungen an die Krankenkasse selbst, wie z. B. die monatlichen Beitragszahlungen.

Bundesrichtlinien zur Armut (Federal Poverty Guidelines, FPG) 2024				
Wenn die Größe Ihres Haushalts/ Ihrer Familie wie folgt ist:	100 % Zuschuss bei einem monatlichen Bruttohaushaltseinkommen von bis zu 200 % der FPG	75 % Zuschuss bei einem monatlichen Bruttohaushaltseinkommen zwischen 201 % und 300 % der FPG	50 % Zuschuss bei einem monatlichen Bruttohaushaltseinkommen zwischen 301 % und 350 % der FPG	25 % Zuschuss bei einem monatlichen Bruttohaushaltseinkommen zwischen 351 % und 400 % der FPG
1	Bis zu \$2,510	\$2,511 bis \$3,765	\$3,766 bis \$4,393	\$4,394 bis \$5,020
2	Bis zu \$3,407	\$3,408 bis \$5,110	\$5,111 bis \$5,962	\$5,963 bis \$6,813
3	Bis zu \$4,303	\$4,304 bis \$6,455	\$6,456 bis \$7,531	\$7,532 bis \$8,607
4	Bis zu \$5,200	\$5,201 bis \$7,800	\$7,801 bis \$9,100	\$9,101 bis \$10,400
5	Bis zu \$6,097	\$6,098 bis \$9,145	\$9,146 bis \$10,669	\$10,670 bis \$12,193
6	Bis zu \$6,993	\$6,994 bis \$10,490	\$10,491 bis \$12,238	\$12,239 bis \$13,987

Unter aspe.hhs.gov/poverty finden Sie die für größere Haushalte geltenden Richtlinien.

Haben Sie Fragen?

Weitere Informationen zur Inanspruchnahme des MFA-Programms oder zu den bezuschussten Gesundheitsleistungen finden Sie unter kp.org/mfa/nw, telefonisch unter **1-800-813-2000** (TTY **711**) oder durch Scannen dieses Codes.

Weitere Informationen über die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung erhalten Sie unter der Telefonnummer **1-800-479-5764** (TTY **711**).



So stellen Sie einen Antrag

Wenn Sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, können Sie wie folgt einen Antrag stellen.

 <p>Online</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Füllen Sie den MFA-Antrag online unter kp.org/mfa/nw aus. • Stellen Sie sicher, dass Sie alle im MFA-Antrag auf der nächsten Seite aufgeführten Angaben machen.
 <p>Per Fax</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Füllen Sie den MFA-Antrag auf der folgenden Seite aus. • Faxen Sie Ihren ausgefüllten Antrag an 1-877-829-3547.
 <p>Per Post</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Füllen Sie den MFA-Antrag auf der folgenden Seite aus. • Schicken Sie Ihren ausgefüllten Antrag an: 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232, USA
 <p>Persönliche Abgabe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Füllen Sie den MFA-Antrag auf der folgenden Seite aus. • Geben Sie Ihren ausgefüllten Antrag am Aufnahmeschalter in einer beliebigen Einrichtung von Kaiser Permanente ab. Bei Fragen zu MFA wenden Sie sich bitte an den Mitgliederservice unter 503-813-2000.

Wichtig: Wenn Sie Ihren Antrag online, per Post oder Fax stellen oder persönlich abgeben, achten Sie bitte darauf, dass Sie ihn so vollständig wie möglich ausfüllen. Fehlende Angaben können die Bearbeitung Ihres Antrags verzögern und zur Ablehnung der Finanzunterstützung führen.

Brauchen Sie Hilfe?

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe bei der Antragstellung benötigen, rufen Sie bitte von Montag bis Freitag zwischen 8.30 Uhr und 17.00 Uhr PST unter der Nummer **1-800-813-2000** (TTY **711**) an. Sie können auch mit einem Mitarbeiter der Mitgliederbetreuungsstelle an jedem Standort von Kaiser Permanente sprechen.

Einkommensnachweis

Die Überprüfung der Einkommensverhältnisse ist Teil der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf medizinische Finanzhilfe. Fügen Sie Ihrem ausgefüllten Antrag einen Einkommensnachweis bei, damit die Richtigkeit Ihres Einkommens während der Prüfung bestätigt werden kann. In der nachstehenden Tabelle sind die Unterlagen aufgeführt, die Sie je nach Einkommensquelle(n) Ihres Haushalts einreichen müssen.

Quelle(n) des Haushaltseinkommens	Geben Sie für jede Einkommensquelle nur eine der folgenden Informationen an
Einkünfte aus Gewerbebetrieb/Vermietung	Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Einkünfte aus Beschäftigung/Lohn	Aktuelle Lohnabrechnungen Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Erhaltene Einkünfte aus Pensionen/ Ruhestand/Renten	Aktuelle Lohnabrechnungen Auszahlungsbeleg für Pensionen/Ruhestand Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	Aktuelle Lohnabrechnungen Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Bezüge aus Sozialleistungen/ Ergänzungsleistungen	Leistungsnachweis der Sozialversicherung Nachweis der Sozialversicherung
Bezüge bei Arbeitslosigkeit/ Erwerbsunfähigkeit	Schreiben zur Überprüfung der Leistungen bei Arbeitslosigkeit/Erwerbsunfähigkeit Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Bezüge aus Veteranenleistungen	Schreiben zur Überprüfung der Veteranenleistungen Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Staatliche Unterstützung (z. B. Medicaid, TANF, SNAP, WIC oder Sozialwohnung)	Schreiben zur Genehmigung der Beihilfeberechtigung
Einkünfte aus Zinsen oder Dividenden	Aktuelle Steuererklärung
Erhaltene Unterhaltsleistungen für Ehegatten/Kinder	Ein Schreiben, aus dem die monatlichen Bruttoeinkünfte aus Kindesunterhalt oder Alimenten hervorgehen
Kein Haushaltseinkommen	Schriftliche Bescheinigung/Erklärung

Was nach dem Antrag passiert

Nach Prüfung Ihres vollständig ausgefüllten Antrags teilen wir Ihnen innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Eingang des Antrags eines der folgenden Ergebnisse mit:

- Wenn Ihr Antrag bewilligt wird, erhalten Sie ein Schreiben, in dem Sie über Ihre finanzielle Unterstützung informiert werden.
- Wenn Ihr Antrag unvollständig ist, erhalten Sie ein Schreiben, in dem erläutert wird, welche Informationen für die Bearbeitung Ihres Antrags erforderlich sind. Sie können die angeforderten Informationen, z. B. Einkommensnachweise oder Kopien zu Ihren Ausgaben, entweder per Post zusenden oder persönlich abgeben.
- Wenn Ihr Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie ein Schreiben, in dem Ihnen die Gründe für die Ablehnung mitgeteilt werden. In diesem Fall können Sie gegen unsere Entscheidung Widerspruch einlegen.

Antrag für das Programm zur medizinischen Finanzunterstützung (Medical Financial Assistance, MFA)

Abschnitt 1: Patienteninformationen

NAME	KRANKENAKTENNUMMER (OPTIONAL)
GEBURTSDATUM	SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER (OPTIONAL) <input type="checkbox"/> Ich habe keine Sozialversicherungsnummer

POSTANSCHRIFT (STRASSE)		
STADT	BUNDESSTAAT	POSTLEITZAHL

Ist der Patient/die Patientin derzeit wohnungslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	HAUPTTELEFONNUMMER <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> Sonstiges
--	---

Nimmt der Patient/die Patientin an einem staatlichen Hilfsprogramm teil, wie z. B. dem Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), der Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), Sozialwohnungen oder Medicaid? Ja Nein

Abschnitt 2: Angaben zum Haushalt

Haushaltsgröße: Anzahl der Haushaltsmitglieder (einschließlich Ihnen), die in Ihrem Haushalt leben. Hierbei kann es sich um einen Ehegatten oder einen qualifizierten Lebenspartner, ein Kind, einen nicht elterlichen Vormund, einen Verwandten usw. handeln.

Haushaltseinkommen (monatlich): Gesamtbruttoeinkommen (Einkommen vor Steuern und Abzügen) **aller Haushaltsmitglieder** im Alter von über 18 Jahren. Kreuzen Sie ALLE zutreffenden Einkommensarten an:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Gewerbebetrieb/
Vermietung | <input type="checkbox"/> Bezüge aus Sozialleistungen/
Ergänzungsleistungen |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Beschäftigung/
Lohn | <input type="checkbox"/> Bezüge bei Arbeitslosigkeit/
Erwerbsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Bezüge aus
Veteranenleistungen | <input type="checkbox"/> Erhaltene Unterhaltsleistungen für
Ehegatten/Kinder |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Zinsen
oder Dividenden | <input type="checkbox"/> Erhaltene Einkünfte aus Pensionen/
Ruhestand/Renten |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbständiger
Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Niemand in meinem Haushalt hat in
den letzten 2 Monaten ein Einkommen
erzielt oder erhalten |

Wenn das jährliche Bruttoeinkommen aller Haushaltsmitglieder gleich Null ist, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an und geben Sie eine schriftliche Erklärung darüber ab, wie die erwachsenen Haushaltsmitglieder ihren Lebensunterhalt ohne Einkommen bestreiten, d. h. Nahrung, Unterkunft, Versorgungsleistungen und andere notwendige Dinge.

_____ _____ _____	\$ _____
-------------------------	----------

Gesundheitskosten: Geschätzte Ausgaben, die Ihnen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten für Notfälle oder medizinisch notwendige Leistungen von Kaiser Permanente oder einem anderen Gesundheitsdienstleister entstanden sind. Dabei kann es sich um Zuzahlungen, Anzahlungen, Mitversicherungen oder Selbstbehalte für erstattungsfähige medizinische, pharmazeutische oder zahnmedizinische Leistungen handeln.

Bitte geben Sie alle Mitglieder Ihres Haushalts an, die einen Antrag auf medizinische Finanzunterstützung stellen.

Name	Geburtsdatum	Beziehung	Krankenakten-Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Unversichert? Kaiser Permanente kann helfen. Wenn Sie nicht krankenversichert sind, können wir Ihnen helfen, Ihre Möglichkeiten zu ermitteln. Kreuzen Sie dieses Kästchen an, wenn Sie möchten, dass Kaiser Permanente Sie kontaktiert, um Ihre Möglichkeiten zu besprechen. Sie können uns auch unter **1-800-479-5764 (TTY 711)** anrufen, um ein Angebot anzufordern.

Ja, bitte kontaktieren Sie mich

Ich erkläre hiermit, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben in jeder Hinsicht wahrheitsgemäß, genau und vollständig sind. Ich erkenne ferner an und erkläre mich damit einverstanden, dass ich gegenüber Kaiser Foundation Health Plan und Kaiser Foundation Hospitals (KFH/HP) für alle Beträge haftbar bin, die ich Kaiser Foundation Health Plan und Kaiser Foundation Hospitals für medizinische Waren und Dienstleistungen schulde, die nicht im Rahmen des Programms erstattungsfähig sind (die „Restbeträge“).

Hinweis: Wenn kein Einkommensnachweis vorgelegt wird, verwenden Kaiser Foundation Health Plan und Kaiser Foundation Hospitals Informationen von Kreditauskunfteien und anderen Drittinformatiionsquellen, um die Anspruchsberechtigung für bundesstaatliche, staatliche und private Gesundheitsprogramme, einschließlich des MFA-Programms, zu bestimmen.

Mit der Abgabe dieses Antrages ermächtige ich KFH/HP, zur Überprüfung der in diesem Antrag gemachten Angaben, soweit erforderlich, Auskünfte bei Kreditauskunfteien und anderen Drittinformatiionsquellen einzuholen.

UNTERSCHRIFT

DATUM

Wir werden uns bemühen, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten. Sobald Ihr Antrag geprüft wurde, erhalten Sie eine schriftliche Benachrichtigung über das Ergebnis.

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.