

Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

Si necesita ayuda para pagar los servicios de atención médica o los medicamentos recetados que ha recibido o recibirá de Kaiser Permanente, nuestro programa de MFA (Medical Financial Assistance, Asistencia Financiera para Gastos Médicos) puede ayudarle. Para participar en el programa, complete y envíe una solicitud, donde debe incluir información sobre los ingresos de su hogar.

Cómo funciona el programa

- El programa ofrece “compensaciones” temporales para ayudar a los solicitantes calificados a pagar por la atención según sus necesidades financieras.
- Está disponible para todos los pacientes de Kaiser Permanente, independientemente de que sean miembros o no.
- Si es admitido en el programa, se cubrirá la atención de emergencia/urgencia o medicamento necesaria brindada por proveedores de Kaiser Permanente o en centros de atención de Kaiser Permanente durante un tiempo específico.
- La compensación no se aplica a los servicios de atención médica brindados y facturados fuera de los centros de atención de Kaiser Permanente.

Cómo calificar para el programa

Para calificar, debe cumplir UNO de los siguientes conjuntos de criterios:

1. **El ingreso bruto de su hogar** (ingreso antes de impuestos y deducciones) es 400 % o menos del nivel federal de pobreza.

O BIEN

2. Sus gastos de bolsillo en atención de emergencia o medicamento necesaria, atención dental y medicamentos durante un periodo de 12 meses son iguales o superiores al 10 % del ingreso bruto de su hogar.
 - Los gastos de bolsillo incluyen copagos, coseguros y deducibles.
 - Los gastos de bolsillo no incluyen ningún pago a su plan de salud en sí, como la prima mensual.

Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) para 2024

Número de personas en su hogar/familia:	Una compensación del 100 % por ingreso bruto mensual del hogar igual o inferior al 200 % de las FPG	Una compensación del 75 % por ingreso bruto mensual del hogar entre el 201 % y el 300 % de las FPG	Una compensación del 50 % por ingreso bruto mensual del hogar entre el 301 % y el 350 % de las FPG	Una compensación del 25 % por ingreso bruto mensual del hogar entre el 351 % y el 400 % de las FPG
1	Hasta \$2,510	De \$2,511 a \$3,765	De \$3,766 a \$4,393	De \$4,394 a \$5,020
2	Hasta \$3,407	De \$3,408 a \$5,110	De \$5,111 a \$5,962	De \$5,963 a \$6,813
3	Hasta \$4,303	De \$4,304 a \$6,455	De \$6,456 a \$7,531	De \$7,532 a \$8,607
4	Hasta \$5,200	De \$5,201 a \$7,800	De \$7,801 a \$9,100	De \$9,101 a \$10,400
5	Hasta \$6,097	De \$6,098 a \$9,145	De \$9,146 a \$10,669	De \$10,670 a \$12,193
6	Hasta \$6,993	De \$6,994 a \$10,490	De \$10,491 a \$12,238	De \$12,239 a \$13,987

Visite aspe.hhs.gov/poverty si quiere ver las pautas para hogares más grandes.

¿Tiene alguna pregunta?





Si necesita más información sobre los requisitos del programa de MFA o quiere conocer qué servicios de atención médica cubre, visite kp.org/mfa/nw (en inglés), llame al **1-800-813-2000** (TTY 711) o escanee este código.

Para obtener más información sobre las opciones de cobertura de atención médica, llámenos al **1-800-479-5764** (TTY 711).



Cómo presentar la solicitud

Si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, puede solicitar la MFA de cualquiera de estas maneras.

 <p>En línea</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete en línea la solicitud para la MFA en kp.org/mfa/nw (en inglés). • Tenga a la mano toda la información que figura en la solicitud de la MFA en la página siguiente.
 <p>Por fax</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente. • Envíe la solicitud completada al 1-877-829-3547.
 <p>Por correo postal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente. • Envíe la solicitud completada a la siguiente dirección: 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232
 <p>En persona</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente. • Entregue su solicitud completada al personal de recepción en cualquier centro de atención de Kaiser Permanente. Si tiene alguna pregunta sobre la MFA, llame a Servicio a los Miembros al 503-813-2000.

Importante: Cuando presente la solicitud en internet, por correo, por fax o en persona, asegúrese de completarla lo mejor que pueda. La falta de información puede demorar el procesamiento de su solicitud y ocasionar que se rechace la asistencia.

¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con la solicitud, llame al **1-800-813-2000** (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico). También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros en cualquier centro de Kaiser Permanente.

Documentación de prueba de ingresos

La verificación de ingresos es parte del proceso que determina si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera destinada a cubrir gastos médicos. Incluir documentación que pruebe sus ingresos junto con la solicitud completada ayudará a confirmar la exactitud de sus ingresos durante el proceso de revisión. La siguiente tabla enumera los documentos opcionales que debería presentar según las fuentes de ingresos de su hogar.

Fuentes de ingresos familiares	Proporcione solo uno de los siguientes por fuente de ingresos
Ingresos comerciales o de alquileres	Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingreso laboral o salario	Talones de pago recientes Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades	Talones de pago recientes Estado de pagos de pensión o jubilación Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos por trabajo autónomo	Talones de pago recientes Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario	Carta de verificación de beneficios de la Administración del Seguro Social Declaración del Seguro Social
Ingresos por desempleo o incapacidad	Carta de verificación de beneficios por desempleo o incapacidad Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos por veterano	Carta de verificación de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Asistencia gubernamental (p. ej., Medicaid, TANF, SNAP, WIC o vivienda para personas de bajos ingresos)	Carta de aprobación de elegibilidad
Ingresos por intereses o dividendos	Declaración de impuestos reciente
Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos	Una carta que muestre los ingresos brutos mensuales recibidos para manutención de los hijos o pensión alimenticia
Sin ingresos en el hogar	Declaración o explicación por escrito

Qué esperar después de presentar la solicitud

Después de revisar su solicitud, le informaremos uno de los siguientes resultados dentro de los treinta (30) días posteriores a su recepción:

- Si la solicitud se aprueba, recibirá una carta que le notificará su reconocimiento financiero.
- Si la solicitud está incompleta, recibirá una carta que detallará la información necesaria para procesar su solicitud. Puede enviar la información requerida por correo postal o entregarla en persona, esto podría incluir prueba de ingresos o copias de sus gastos de bolsillo.
- Si la solicitud se rechaza, recibirá una carta que le notificará la razón y tendrá la posibilidad de apelar la decisión.

Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

Sección 1: Información del paciente

NOMBRE		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (OPCIONAL)	
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)		<input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social
DIRECCIÓN POSTAL (CALLE)			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿Actualmente el paciente no tiene vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro
¿Está el paciente inscrito en un programa de asistencia estatal como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP); Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF); Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC); viviendas para personas de bajos ingresos o Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Sección 2: Información del hogar

Cantidad de integrantes de la familia: Número de miembros de la familia (incluido usted) que viven en su hogar. Esto puede incluir a su cónyuge o pareja doméstica calificada, hijos, un cuidador que no sea la madre/el padre, familiares, etc.

Ingresos familiares (mensual): Ingreso bruto total (ingreso antes de impuestos y deducciones) **de todos los miembros del hogar** mayores de 18 años. Marque TODOS los tipos de ingresos que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingresos comerciales o de alquileres | <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario |
| <input type="checkbox"/> Ingreso laboral o salario | <input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo o incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por veterano | <input type="checkbox"/> Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos | <input type="checkbox"/> Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo autónomo | <input type="checkbox"/> Nadie en mi hogar recibe o ha recibido ingresos en los últimos 2 meses |

Si el ingreso bruto anual de todos los miembros del hogar es cero, marque la casilla de certificación arriba y abajo, proporcione una explicación por escrito sobre cómo los miembros adultos de la familia se mantienen sin ingresos, es decir, alimentos, albergue, servicios públicos y otras necesidades.

\$ _____

Costos de la atención médica: Gastos de bolsillo estimados que tuvo durante un periodo de 12 meses por servicios de emergencia o médicamente necesarios proporcionados por Kaiser Permanente o cualquier otro proveedor de atención médica. Puede incluir copagos, depósitos, coseguros o deducibles por servicios médicos, de farmacia o dentales elegibles.

\$ _____

Indique todos los miembros de su hogar que aplican al Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	N.º de historia clínica
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿No tiene seguro? Kaiser Permanente puede ayudar. Si no tiene cobertura de atención médica, podemos ayudarle a comprender sus opciones. Marque esta casilla si desea que Kaiser Permanente se comunice con usted para hablar sobre sus opciones. O bien puede llamarnos al **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obtener una cotización.

Sí, comuníquense conmigo

Por la presente declaro que toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera, precisa y completa en todos los aspectos. También reconozco y acepto que soy responsable ante Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals (KFH/HP) de todos los montos adeudados a KFH/HP por servicios y artículos médicos que no sean elegibles según el programa (los "SalDOS").

Nota: Cuando no se proporcione prueba de ingresos, Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals utilizarán la información de las agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros a fin de determinar la elegibilidad para programas médicos federales, estatales y privados, incluido el programa de MFA.

Al enviar esta solicitud, autorizo a KFH/HP a obtener información de las agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros para verificar cualquier dato proporcionado en esta solicitud que se considere necesario.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Haremos todos los esfuerzos razonables para procesar su solicitud de manera oportuna. Una vez revisada, recibirá una carta confirmando el resultado.

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.