

תוכנית KAISER PERMANENTE לסיוע פיננסי רפואי (MFA)

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.

תוכנית KAISER PERMANENTE לסיוע פיננסי רפואי (MFA)

אם אתה זקוק לעזרה בתשלום עבור שירותי בריאות או מרשמים שקיבלת, או שאתה אמור לקבל, מ-Kaiser Permanente, התוכנית לסיוע פיננסי רפואי (MFA) שלנו עשויה לעזור לך.

איך התוכנית עובדת

- התוכנית מציעה "פרסים" זמניים שיעזרו לפונים מתאימים לשלם עבור טיפול על פי צרכיהם הכספיים.
- זה זמין לכל חולי Kaiser Permanente, בין אם אתה חבר ובין אם לא.
- אם תוענק, התוכנית תכסה טיפול חירום או טיפול רפואי הכרחי מספקי קייזר פרמננטה או במתקני קייזר פרמננטה לתקופת זמן מוגדרת.

איך להגיש מועמדות

עליך חייב לעמוד באחת מדרישות הזכאות הבאות: *

1. הכנסת משק הבית ברוטו שלך אינה יותר מ-400% מרמת העוני הפדרלית.

* הערה: אם הכנסת משק הבית ברוטו שלך היא יותר מ-400% מרמת העוני הפדרלית ו/או שאתה חבר קייזר פרמננטה עם תוכנית השתתפות עצמית בקליפורניה, עליך לעמוד בקריטריונים הבאים:

2. עלויות הבריאות שלך שיוצאות מכיסך עבור טיפולי חירום או צורך רפואי, טיפולי שיניים ותרופות במשך 12 חודשים שווים או יותר מ-10% מההכנסה הביתית ברוטו שלך.

○ עלויות שיוצאות מכיסך וכוללות תשלומי העתק, ביטוחי לוויתן ותשלומי השתתפות עצמית.

○ עלויות שיוצאות מכיסך ואינן כוללות תשלומים עבור תוכנית הבריאות שלך עצמה, כמו הפרמיה החודשית שלך.

אם אין לך ביטוח בריאות, ייתכן שתידרש להגיש בקשה.

- מכיוון שתכנית ה-MFA מספקת פרסים כספיים זמניים בלבד, אנו עשויים לדרוש ממך להגיש בקשה לכיסוי שיכסה אותך בטווח הארוך. זה יכול לכלול כל ותכניות בריאות ציבוריות או פרטיות אחרות שאתה זכאי להן - כמו Medi-Cal ותכניות אחרות מסובסדות הקיימות בשוק ביטוחי הבריאות.

- אנו עשויים לבקש ממך להראות הוכחה שהגשת בקשה לתכניות אלה או שאושרה או נדחתה על ידך. אך ייתכן שתוכל עדיין לקבל עזרה כספית מתכנית ה-MFA בזמן שתמתין להחלטה מתכניות אחרות אלה.

400% מהנחיות העוני הפדרליות (FPG) לשנת 2022		
הכנסת הבית שלך חייבת להיות לא יותר מ:		אם גודל הבית שלך הוא:
שנתי	חודשי	
\$54,360	\$4,530	1
\$73,240	\$6,103	2
\$92,120	\$7,677	3
\$111,000	\$9,250	4
\$129,880	\$10,823	5
\$148,760	\$12,397	6

בקר ב- aspe.hhs.gov/poverty כדי למצוא את ההנחיות למשקי בית גדולים יותר.

אם יש לך שאלות

או למידע נוסף עבור הזכאות לתכנית MFA, או כדי לראות על אילו שירותי בריאות היא משלמת, בקר בכתובת www.kp.org/mfa/scal, או התקשר למספר **1-800-390-3507** (TTY 711).

למידע נוסף עבור כיסויי בריאות, התקשר אלינו למספר **1-800-479-5764** (TTY 711).

איך להגיש בקשה

אם אתה עומד בדרישות הזכאות, תוכל להגיש בקשה בכל אחת מהדרכים הללו.

<ul style="list-style-type: none"> • השלם את בקשת MFA באופן מקוון www.kp.org/mfa/scal • היו מוכנים לספק את כל המידע המופיע ביישום ה-MFA בעמוד הבא. 	<p>ברשת</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • התקשר אלינו בטלפון 1-800-390-3507 (TTY 711), בימים שני עד שישי, בין השעות- 8 בבוקר ל- 5 בערב: שעון מערב. • היו מוכנים לספק את כל המידע המופיע ביישום ה-MFA בעמוד הבא. 	<p>התקשר אלינו</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • השלם את יישום ה-MFA בדף הבא. • שלח פקס עם בקשתך המלאה למספר 1-866-519-1693. 	<p>שלח פקס</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • השלם את יישום ה-MFA בדף הבא. • שלח את בקשתך המלאה אל: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086 	<p>שלח בדואר</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • השלם את יישום ה-MFA בדף הבא. • הנח את הבקשה שהושלמה במחלקת הקבלה המקומית של בית החולים קייזר פרמננטה. 	<p>הנח את זה</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • הפגש עם יועץ פיננסי באחד המתקנים המיועדים שלנו, בימים שני עד שישי, בין השעות 8 בבוקר ל- 5 בערב שעון מערב. • היו מוכנים לספק את כל המידע המופיע ביישום ה-MFA בעמוד הבא. 	<p>הפגש עם יועץ פיננסי</p> 

חשוב: כאשר מגישים בקשה בדואר או בפקס, או מסירים את הבקשה באופן אישי, אנא הקפד למלא את הבקשה ככל שתוכל. כל מידע חסר עלול לעכב את תהליך הבקשה.

למה לצפות לאחר הגשת הבקשה

לאחר שנבדוק את בקשתך המלאה, נודיע לך על אחת התוצאות הבאות:

- בקשתך אושרה ותקבל פרס כספי.
- כדי להשלים את בקשתך, אנו זקוקים למידע נוסף או ניירת, אותם תוכל לשלוח לנו בדואר או להעביר באופן אישי; זה יכול לכלול הוכחת הכנסה או עותקים של הוצאות הכספיות שלך.
- בקשתך נדחתה ומדוע נדחתה, ובמקרה זה תוכל לערער על החלטתנו.

צריך עזרה?

אם יש לך שאלות או זקוק לעזרה בבקשה שלך, אנא התקשר למספר **1-800-390-3507 (TTY 711)**, בימים שני עד שישי, בין השעות 8 בבוקר ל- 5 בערב, שעון מערב. אתה גם יכול לדבר עם יועץ פיננסי בכל מקום בקייזר פרמננטה.

יישום תוכנית סיוע פיננסי רפואי (MFA)

שם: _____ רישום רפואי #: _____

תאריך לידה: ____/____/____ מספר קשר: (____) _____ מס' תעודת זהות (SSN): _____-_____-_____

כתובת: _____

עיר: _____ מדינה: _____ מיקוד: _____

גודל משק הבית: מספר בני המשפחה (כולל אותכם) שגרים בבית. יכול לכלול בן זוג או בן / בת זוג מוסמך, ילדים, קרוב משפחה שאינו הורה וכו' _____

הכנסה ממשק בית (חודשי): סך ההכנסה ברוטו לכל בני המשפחה במשק הבית. בדוק את כל סוגי ההכנסות שנכללות: _____

הכנסה / שכר עבודה מזונות/קצבת ילדים

הכנסה עסקית / השכרת נכס פנסיה/ קצבת זקנה

דמי אבטלה / הכנסה לנכות ביטוח לאומי / הכנסה משלימה מביטוח / קצבת יוצא צבא

\$ _____

עלויות שירותי בריאות: סך כל ההוצאות הכספיות שהיו לך במשך 12 חודשים לתקופת חירום או שירותים הכרחיים מבחינה רפואית הניתנים על ידי קייזר פרמננטה או כל ספק שירותי בריאות אחר. עשוי לכלול הפניות חוזרות, פיקדונות, ביטוח מטבע או תשלומי השתתפות עצמית עבור שירותי רפואה, בתי מרקחת או שיניים זכאים.

\$ _____

אנא רשום את כל בני ביתך המגישים מועמדות לתוכנית.

שם	תאריך לידה	קשר	רשומה רפואית #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

לא מבוטח קייזר פרמננטה יכול לעזור אם אין לך כיסוי רפואי, אנו יכולים לעזור לך להבין את האפשרויות שלך. סמן תיבה זו אם ברצונך ש-Kaiser Permanente יצור איתך קשר כדי לדון באפשרויות שלך.

כן, צור איתי קשר

אני מצהיר בזאת שכל המידע המפורט לעיל ביישום זה נכון, מדויק ושלם מכל הבחינות. אני גם מאשר ומסכים כי אני זכאי ל-Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals על כל הסכומים המגיעים ול-Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals עבור מוצרים רפואיים ושירותים רפואיים שאינם זכאים במסגרת התוכנית ("הסכומים הנותרים").

חתימה: _____ תאריך: _____

הערה: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals שומרת לעצמה את הזכות להשתמש במידע של סוכנויות דיווח אשראי צרכני וממקורות מידע אחרים של צד שלישי כדי לקבוע את הזכאות לתכניות רפואיות פדרליות, ממלכתיות ופרטיות, כולל תוכנית ה-MFA.