

Kaiser Permanente 醫療財務補助 (MFA) 計劃

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.

Kaiser Permanente醫療財務補助 (MFA) 計劃

如果您需要協助支付您透過Kaiser Permanente所獲得或預定獲得的保健服務或處方藥，我們的醫療財務補助 (Medical Financial Assistance, MFA) 計劃可能可以協助您。

計劃的運作方式

- 本計劃會提供臨時「補助」，以根據申請人的財務需求協助符合資格的申請人支付醫護費用。
- 所有Kaiser Permanente的患者都可以使用本計劃，不論您是否具備會員身分。
- 如果補助獲准，本計劃將會在特定時間期限內承保由Kaiser Permanente保健業者或由Kaiser Permanente設施所提供的急診或醫療上必要的醫護服務。

如何取得資格

您必須符合以下其中一項資格規定：

1. 您的家庭總收入不得超過聯邦貧困水平的300%。
2. 您在12個月期間為急診、醫療上必要的醫護服務、牙科護理和藥物所支付的自付保健費用等於或高於您家庭總收入的10%。
 - 自付費用包括共付額、共保額和免賠額費用。
 - 自付費用不包括保健計劃本身的任何費用，如您的月保費。

如果您沒有健康保險，您可能必須申請健康保險。

- 由於MFA計劃僅提供臨時財務補助，因此我們可能會要求您申請可為您提供長期承保的保險。其中可能包括您有資格參加的任何其他公家或私人健康計劃，如Medicaid或在健康保險交易市集所提供的補助計劃。
- 我們可能會要求您出示證明，以證實您已申請這些計劃或證實這些計劃已核准或拒絕您的申請。不過，在等候這些其他計劃作決定的期間，您可能仍可以透過MFA計劃獲得財務補助。

| 2022年聯邦貧困水平指標 (FPG) 的300% | | |
|---------------------------|-------------|-----------|
| 如果您的家庭人數是： | 您的家庭收入不得超過： | |
| | 月收入 | 年收入 |
| 1 | \$3,398 | \$40,770 |
| 2 | \$4,578 | \$54,930 |
| 3 | \$5,758 | \$69,090 |
| 4 | \$6,938 | \$83,250 |
| 5 | \$8,118 | \$97,410 |
| 6 | \$9,298 | \$111,570 |

請瀏覽aspe.hhs.gov/poverty以查詢適用於人數更多之家庭的準則。

有疑問嗎？

如欲瞭解有關MFA計劃資格的更多資訊，或想查看本計劃有支付哪些保健服務，請瀏覽www.kp.org/mfa/wa，或致電800-442-4014 (TTY使用者請致電711)。

如欲獲取有關醫療健康保險的更多資訊，請致電1-800-479-5764 (TTY使用者請致電711)。

如何申請

如果您符合資格規定，您可透過以下任何方式提出申請。

| | |
|---|--|
|  線上 | <ul style="list-style-type: none">• 填寫MFA線上申請表，網址為www.kp.org/mfa/wa• 請準備好提供下一頁MFA申請表中所列的所有資訊。 |
|  郵寄 | <ul style="list-style-type: none">• 填寫下一頁的MFA申請表。• 將填妥的申請表郵寄至： Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584 |
|  傳真 | <ul style="list-style-type: none">• 填寫下一頁的MFA申請表。• 將填妥的申請表傳真至1-206-877-0640。 |
|  親自提交 | <ul style="list-style-type: none">• 填寫下一頁的MFA申請表。• 將填妥的申請表提交至任何Kaiser Permanente設施的商業辦公室或登記處。 |
|  致電我們 | <ul style="list-style-type: none">• 請致電1-800-442-4014 (TTY 711) 與我們聯絡，服務時間為週一至週五，太平洋標準時間上 (Pacific Standard Time, PST) 午8:00至下午5:00。• 請準備好提供下一頁MFA申請表中所列的資訊。 |

重要事項：若透過郵件或傳真方式申請，或者若親自提交申請表，請務必盡您所能將申請表填寫完整。任何遺漏的資訊都可能會導致申請流程受到延遲。

提出申請後的預期流程

在我們審查完您填妥的申請表之後，我們將會通知您以下其中一項結果：

- 您的申請已獲得核准且您將可獲得財務補助。
- 為了完成您的申請，我們需要額外資訊或文件，您可以將其郵寄或親自提交給我們；這可能包括您的收入證明或自付費用文件副本。
- 您的申請已遭到拒絕以及您申請遭拒的原因，在此情況下，您可以對我們的決定提出上訴。

需要協助嗎？

如果您有任何疑問或者需要協助處理申請事宜，請致電**1-800-442-4014 (TTY 711)**，服務時間為週一至週五，太平洋標準時間上午8:00至下午5:00。您也可以向任何Kaiser Permanente設施的財務顧問洽詢。

醫療財務補助 (MFA) 計劃申請表

姓名：_____ 醫療記錄號碼：_____

出生日期：____/____/____ 聯絡電話：(____) _____ 社會安全號碼：____-____-____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

家庭人數：與您同住的家庭成員人數（包括您自己在內）。可能包括配偶或符合資格的同居伴侶、子女、非父母的親屬照顧人等。

家庭收入（月收入）：家中所有家庭成員的總收入。請勾選所有適用的收入類型：

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 工作收入／薪資 | <input type="checkbox"/> 贍養費／子女撫養費 |
| <input type="checkbox"/> 營業收入／出租房產 | <input type="checkbox"/> 養老金或退休金／年金 |
| <input type="checkbox"/> 失業福利／殘障補助金 | <input type="checkbox"/> 社會安全福利／社會安全生活補助金／ 退伍軍人福利 |

\$ _____

保健費用：您在12個月期間為Kaiser Permanente或任何其他保健業者所提供之急診或醫療上必要的服務所支付的自付費用總額。可能包括共付額、押金、共保額或合格醫療服務、藥房服務或牙科服務的免賠額費用。

\$ _____

請列出您家中想要申請本計劃的所有成員。

| 姓名 | 出生日期 | 關係 | 醫療記錄號碼 |
|-------|----------------|-------|--------|
| _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
| _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
| _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
| _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |
| _____ | ____/____/____ | _____ | _____ |

沒有保險嗎？Kaiser Permanente可提供協助。 如果您沒有健康護理保險，我們可協助您瞭解您的選項。如果您希望Kaiser Permanente與您聯絡以討論您的選擇，請勾選此方框。

是，請與本人聯絡

本人特此聲明，本申請表中的以上所有資訊在各方面均屬實、正確無誤且為完整內容。本人也瞭解並同意，本人應負責針對不符合本計劃資格的醫療用品和服務向Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals支付本人應向Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals繳納的所有費用金額（簡稱為「餘額」）。

簽名：_____ 日期：_____

註：Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals保留使用透過消費者信用報告機構及其他第三方資訊來源所獲取之資訊來判定聯邦政府、州政府及私人醫療計劃（包括MFA計劃）資格的權利。