

โปรแกรมผู้ช่วยทางการเงินด้านการแพทย์ (MFA) ของ Kaiser Permanente

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.

โปรแกรมผู้ช่วยทางการเงินด้านการแพทย์ (MFA) ของ Kaiser Permanente

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพหรือใบสั่งยาที่คุณได้รับ หรือตารางการ นัดที่คุณได้รับ จาก Kaiser Permanente โปรแกรม ผู้ช่วยการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA) ของเราสามารถ ช่วยคุณได้

การทำงานของโปรแกรม

- โปรแกรมให้ “ค่าตอบแทน” ชั่วคราว เพื่อช่วยผู้สมัครที่มีคุณสมบัติจ่ายค่ารักษาโดยขึ้นอยู่กับความต้องการทางการเงินของพวกเขา
- มีให้บริการแก่ผู้ป่วยของ Kaiser Permanente ทุกคน ไม่ว่าจะสมาชิกหรือไม่ก็ตาม
- หากได้รับค่าตอบแทน โปรแกรมจะครอบคลุมไปถึงการรักษาฉุกเฉินหรือทางการแพทย์ที่จำเป็นจาก Kaiser Permanente ผู้ให้บริการหรือสถานที่ให้บริการของ Kaiser Permanente ในช่วงเวลาที่กำหนด

คุณสมบัติที่ต้องมี

คุณต้องมีคุณสมบัติเป็นไปตามข้อใดข้อหนึ่งตามที่กำหนดดังต่อไปนี้

1. รายได้รวมครัวเรือนของคุณต้องไม่เกิน 300% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง
2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคุณทั้งแบบฉุกเฉินหรือการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ การรักษาทางทันตกรรม และ ทางยาในช่วงระยะเวลาเกินกว่า 12 เดือนคือเท่ากับหรือมากกว่า 10% ของรายได้รวมครัวเรือนของคุณ
 - ค่าใช้จ่ายรวมไปถึง การรวมจ่ายประกัน การหักประกันร่วม และ การชำระเงินแบบหักลดหย่อน
 - ค่าใช้จ่ายที่ไม่รวมการจ่ายใด ๆ สำหรับแผนสุขภาพของคุณเอง อย่างเช่น ระดับพรีเมียมแบบรายเดือนของคุณ

หากคุณไม่มีประกันสุขภาพ คุณอาจจะถูกขอให้สมัคร

- เนื่องจากโปรแกรม MFA ให้ค่าตอบแทนทางการเงินชั่วคราวเท่านั้น คุณอาจจะถูกขอให้สมัครเพื่อให้ครอบคลุมสิ่งเหล่านั้น ซึ่งจะครอบคลุมให้คุณในระยะยาว ซึ่งจะรวมไปถึงโปรแกรมสุขภาพของทางรัฐหรือเอกชนที่คุณมีสิทธิ์ได้รับ - เช่น Medicaid หรือแผนเสริมที่มีให้ในตลาดประกันสุขภาพ
- เราอาจให้คุณแสดงหลักฐานว่าคุณได้สมัครโปรแกรมเหล่านี้แล้ว หรือคุณได้รับการอนุมัติ หรือถูกพวกเขาปฏิเสธ แต่คุณยังจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากโปรแกรม MFA ในขณะที่รอการตัดสินใจจากโปรแกรมอื่น ๆ เหล่านี้

300% ของแนวทางความยากจนตาม รัฐบาลกลางปี 2022 (FPG)

หากขนาดครัวเรือนของคุณคือ:	รายได้ครัวเรือนของคุณต้อง ไม่มากกว่า:	
	รายเดือน	รายปี
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

เข้าไปที่ aspe.hhs.gov/poverty เพื่อค้นหาหลักเกณฑ์สำหรับครัวเรือนขนาดใหญ่






หากคุณมีคำถาม

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณสมบัติของโปรแกรม MFA หรือเพื่อดูบริการทางด้านสุขภาพที่ต้องจ่าย เข้าไปที่ www.kp.org/mfa/wa หรือโทร **800-442-4014** (TTY 711).

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคุ้มครองการดูแลสุขภาพ สอบถามได้ที่เบอร์ **1-800-479-5764** (TTY 711).

วิธีการสมัคร

หากคุณสมัครของคุณเป็นไปตามที่กำหนด คุณสามารถสมัครได้จากทุกทางต่อไปนี้

 ออนไลน์	<ul style="list-style-type: none">กรอกใบสมัครของ MFA ทางออนไลน์ได้ที่ www.kp.org/mfa/waเตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดตามรายการในใบสมัครของ MFA ในหน้าต่อไปนี้
 ทางไปรษณีย์	<ul style="list-style-type: none">กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ส่งใบสมัครที่กรอก สมบูรณ์ แล้วไปที่ Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584
 แฟกซ์	<ul style="list-style-type: none">กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้แฟกซ์ ใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วไปที่ 1-206-877-0640
 ส่งด้วยตัวเอง	<ul style="list-style-type: none">กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ส่งใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วไปที่สำนักงานหรือฝ่ายประชาสัมพันธ์ได้ทุก ๆ สถานพยาบาลของ Kaiser Permanent
 โทรหาเรา	<ul style="list-style-type: none">ติดต่อเราได้ที่เบอร์ 1-800-442-4014 (TTY 711) จันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. PSTเตรียมให้ข้อมูลตามรายการในใบสมัครของ MFA ที่หน้าถัดไป

สำคัญมาก: หากสมัครผ่านทางจดหมายหรือแฟกซ์ หรือ ส่งใบสมัครด้วยตัวเอง กรุณากรอกข้อมูลในใบสมัครให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หากข้อมูลตกหล่นอาจทำให้กระบวนการสมัครล่าช้า

สิ่งที่ควรคาดหวังหลังจากการสมัคร

หลังจากที่เราได้ตรวจสอบใบสมัครที่สมบูรณ์ของคุณแล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงผลลัพธ์ต่อไปนี้:

- ใบสมัครของคุณได้รับการอนุมัติและคุณจะได้รับคำตอบแทนทางการเงิน
- เพื่อการสมัครของคุณเสร็จสมบูรณ์ เราต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือเอกสาร ซึ่งคุณสามารถส่งให้เราได้ทางไปรษณีย์หรือเอามาให้ด้วยตัวเอง และจะรวมไปถึงเอกสารยืนยันรายได้หรือสำเนาค่าใช้จ่ายของคุณ
- การสมัครของคุณถูกปฏิเสธและเหตุผลที่ถูกปฏิเสธ ในกรณีนี้คุณสามารถอุทธรณ์การตัดสินใจของเราได้

ต้องการความช่วยเหลือใช่ไหม

หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร กรุณาติดต่อที่เบอร์ **1-800-442-4014 (TTY 711)** วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. PST นอกจากนี้คุณยังสามารถพูดคุยกับที่ปรึกษาทางการเงินได้ทุกสาขาของ Kaiser Permanente

ใบสมัครโปรแกรมผู้ช่วยทางการเงินด้านการแพทย์ (MFA)

ชื่อ: _____ บันทึกทางการแพทย์#: _____

วันเกิด: ____ / ____ / ____ เบอร์ติดต่อ#: (____) _____ SSN: _____ - _____ - _____

ที่อยู่: _____

เมือง: _____ รัฐ: _____ รหัสไปรษณีย์: _____

ขนาดครัวเรือน: จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยในบ้าน(รวมตัวคุณ) อาจจะรวมถึงคู่สมรส หรือคู่ที่อยู่กันด้วยกัน บุตร และญาติผู้ดูแลที่ไม่ใช่พ่อแม่ เป็นต้น

รายได้ครัวเรือน(รายได้เงิน): รายได้รวมทั้งหมดของสมาชิกครอบครัวใน ครัวเรือน
ดูประเภทของรายได้ทั้งหมดเพื่อการสมัคร:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> รายได้จากการจ้างงาน / ค่าจ้าง | <input type="checkbox"/> ค่าเลี้ยงดู / ค่าเลี้ยงดูบุตร |
| <input type="checkbox"/> รายได้จากธุรกิจ / อสังหาริมทรัพย์ให้เช่า | <input type="checkbox"/> งานบ้านนายหรือเกษียณอายุ / รายปี |
| <input type="checkbox"/> เงินชดเชยการว่างงาน / รายได้คนพิการ | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม / ประกัน รายได้เสริม /
สวัสดิการทหารผ่านศึก |

\$ _____

ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ: ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่คุณมีในระยะเวลา 12 เดือน
สำหรับเหตุฉุกเฉินหรือบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นที่ให้คุณโดย Kaiser Permanente
หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ อาจรวมไปถึงการชำระเงินร่วม เงินมัดจำ ค่าใช้จ่าย
ร่วมกัน หรือการหักเงินที่จ่ายสำหรับสิทธิ์ทางการแพทย์ ทางยา หรือ บริการทันตกรรม

\$ _____

กรุณาใส่สมาชิกในครอบครัวของครัวเรือนคุณทุกคนเมื่อทำการสมัครโปรแกรม

ชื่อ	วันเกิด	ความสัมพันธ์	บันทึกทางการแพทย์ #
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____

ไม่มีประกันใช้ไหม Kaiser Permanente ช่วยคุณได้ หากคุณไม่มีความคุ้มครองดูแล
สุขภาพ, เราสามารถช่วยให้คุณเข้าใจในตัวเลือกได้ กาเครื่องหมายถูกช่องนี้หากคุณ
ต้องการให้ Kaiser Permanente ติดต่อคุณเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือก

ใช่, ติดต่อฉัน

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นในใบสมัครนี้เป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วนทุกประการ ข้าพเจ้ารับทราบและ
ตกลงว่าต้องรับผิดชอบต่อแผน Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals สำหรับเงินจำนวนทั้งหมดที่มาจาก
Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals สำหรับสินค้า และบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิ์ภายใต้โปรแกรมนี้
("จำนวนเงินคงเหลือ")

ลงชื่อ: _____ วันที่: _____

หมายเหตุ: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ขอสงวนสิทธิ์เพื่อใช้ข้อมูลจากหน่วยงานรายงานเครดิตผู้
บริโภคและแหล่งข้อมูลจากบุคคลที่สามเพื่อกำหนดคุณสมบัติสำหรับรัฐบาลกลาง รัฐ และโปรแกรมทางการแพทย์เอกชน รวม
ไปถึง MFA โปรแกรม