

# Программа финансовой помощи на медицинские услуги (MFA) 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.

# Программа финансовой помощи на медицинские услуги (MFA) Kaiser Permanente

Если Вам необходима помощь в оплате полученных либо назначенных Вам медицинских услуг или рецептурных препаратов в учреждении Kaiser Permanente, наша программа финансовой помощи на медицинские услуги (Medical Financial Assistance, MFA) может Вам помочь.

## Как работает данная программа

- Программа предлагает временные «премии» подходящим по критериям заявителям в целях содействия в оплате услуг здравоохранения. Выплаты рассчитываются в соответствии с финансовыми нуждами участников.
- Содействие предлагается всем пациентам Kaiser Permanente, независимо от их участия в плане страхования.
- Если Ваше участие в программе будет одобрено, в течение определенного периода времени будут оплачиваться расходы на неотложную или необходимую по медицинским показаниям помощь, оказанную поставщиками медицинских услуг Kaiser Permanente или в учреждениях Kaiser Permanente.
- Выплата не распространяется на медицинские услуги, предоставленные с предъявлением к оплате за пределами Kaiser Permanente.

## Требования к участникам программы

Чтобы отвечать требованиям, необходимо соответствовать **ОДНОМУ** из указанных далее наборов критериев.

1. Валовой доход Вашей семьи не должен превышать 300 % от федерального прожиточного минимума.

| Федеральный прожиточный минимум на 2023 г. (Federal Poverty Guidelines, FPG) |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Количество членов семьи  | Выплата в размере 100% при ежегодном совокупном доходе семьи на уровне или ниже 200% величины FPG | Выплата в размере 75% при ежегодном совокупном доходе семьи в диапазоне от 201% до 250% величины FPG | Выплата в размере 50% при ежегодном совокупном доходе семьи в диапазоне от 251% до 300% величины FPG |
| 1  | До \$2430   | От \$2431 до \$3038  | От \$3039 до \$3645  |
| 2  | До \$3287   | От \$3288 до \$4108  | От \$4109 до \$4930  |
| 3  | До \$4143   | От \$4144 до \$5179  | От \$5180 до \$6215  |
| 4  | До \$5000   | От \$5001 до \$6250  | От \$6251 до \$7500  |
| 5  | До \$5857   | От \$5858 до \$7321  | От \$7322 до \$8785  |
| 6  | До \$6713   | От \$6714 до \$8392  | От \$8393 до \$10 070  |

Посетите страницу [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty), чтобы получить информацию о правилах в отношении семей, насчитывающих большее количество человек.

## ИЛИ

2. Медицинские расходы из собственных средств на скорую или необходимую по медицинским показаниям помощь, стоматологические услуги и лекарственные препараты за 12-месячный период должны составлять 10 % или более от валового дохода семьи.
  - В число медицинских расходов из собственных средств входят доплаты, совместное страхование и нестрахуемый минимум.
  - Стоимость самого страхования, например ежемесячных страховых взносов, не входит в число медицинских расходов из собственных средств.

**Если у Вас нет страхового полиса, Вам может потребоваться подать заявление на вступление в страховой план.**

- Так как программа MFA предоставляет только кратковременную финансовую помощь, мы можем потребовать, чтобы Вы подали документы на получение страхования на длительный срок. В число частных и государственных планов, на которые Вы можете иметь право, входят программа Medicaid и субсидируемые рыночные планы здравоохранения.
- Мы можем попросить Вас предоставить доказательства того, что Вы подали заявку на участие в этих программах или что Вы были одобрены для участия или Вам было в нем отказано. Вы можете иметь право на получение финансовой помощи по программе MFA, пока ожидаете решения в отношении участия в одной из других программ.

### У Вас возникли вопросы?

Для получения более подробной информации о критериях программы MFA и списка оплачиваемых услуг здравоохранения посетите страницу [www.kp.org/mfa/wa](http://www.kp.org/mfa/wa) или Позвоните по телефону **1-800-442-4014**, (линия ТТУ 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по Тихоокеанскому времени.

Чтобы узнать подробную информацию о медицинском страховом покрытии, позвоните нам по номеру **1-800-479-5764** (линия ТТУ 711).

## Как подать заявление

Если Вы соответствуете критериям, есть несколько путей подать заявление.

|   |  |
|---|--|
|  <b>Через Интернет</b>                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Заполните заявление на участие в программе MFA на веб-сайте <a href="http://www.kp.org/mfa/wa">www.kp.org/mfa/wa</a>.</li><li>• Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в заявлении на участие в программе MFA на следующей странице.</li></ul> |
|  <b>Отправьте заявление по факсу</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.</li><li>• Отправьте заполненное заявление по факсу: <b>1-206-877-0640</b>.</li></ul>   |
|  <b>Отправьте заявление по почте</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.</li><li>• Отправьте заявление по адресу:<br/>Kaiser Permanente MFA Program<br/>PO Box 34584<br/>Seattle, WA 98124-1584</li></ul>   |
|  <b>Принесите заявление лично</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Заполните заявление на участие в программе MFA на следующей странице.</li><li>• Принесите заполненное заявление лично в офис или регистратуру в любом учреждении Kaiser Permanente.</li></ul>  |

**Важное примечание:** если Вы подаете заявление онлайн, по почте, факсу или хотите принести его лично, удостоверьтесь, что Вы указали в нем всю необходимую информацию.

### Чего следует ожидать после подачи заявления

После того как мы рассмотрим Ваше заявление, в течение 30 (тридцати) дней после его получения Вы получите извещение, в котором может находиться один из указанных ниже вариантов ответа.

- Если Ваше заявление было одобрено, Вы получите письмо с уведомлением о выделении Вам финансовой помощи.
- Если Ваше заявление заполнено не полностью, Вы получите письмо с указанием информации, необходимой для обработки Вашего заявления. Требуемую информацию можно отправить нам по почте или принести лично. В число требуемых документов может входить документ, подтверждающий Ваши доходы, или копии документов, свидетельствующих о Ваших медицинских расходах из собственных средств.
- Если Ваше заявление было отклонено, Вы получите письмо с объяснением причин отказа и сможете подать апелляцию, чтобы оспорить наше решение.

### Нужна помощь?

Если у Вас есть какие-либо вопросы, или Вам необходима помощь в подаче заявления, или Вы хотите проверить состояние своего заявления, звоните по тел. **1-800-442-4014** (линия ТТУ 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 PST. Вы также можете обратиться к финансовому консультанту в любом учреждении Kaiser Permanente.

## Бланк заявления на участие в программе финансовой помощи на медицинские услуги (MFA)

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Номер медицинской карты: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Контактный номер телефона: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Номер социального страхования (SSN): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

**Количество человек в семье:** количество всех проживающих в доме человек (включая Вас). В это число могут быть включены супруг (-а), гражданский партнер, отвечающий критериям участия, дети, родственник-опекун и т. д.

**Семейный доход (ежемесячный):** валовой доход всех членов семьи.

Отметьте ВСЕ источники дохода.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Доход с места работы / заработная плата                 | <input type="checkbox"/> Алименты / пособия на детей  |
| <input type="checkbox"/> Доход от бизнеса / доход от сдачи недвижимости в аренду | <input type="checkbox"/> Пособие или пенсия / ежегодное пособие   |
| <input type="checkbox"/> Пособие по безработице / пособие по инвалидности        | <input type="checkbox"/> Пособие по социальному страхованию / дополнительный доход по соц. обеспечению / пособие ветерану |

\$ \_\_\_\_\_

**Медицинские расходы:** все расходы, оплаченные из собственных средств за 12 месяцев на неотложную и необходимую по медицинским показаниям помощь, оказанную поставщиками услуг Kaiser Permanente или любыми другими поставщиками медицинских услуг. К таким расходам могут относиться доплаты, взносы, совместное страхование и нестрахуемые минимумы, потраченные для оплаты одобренных медицинских, фармацевтических или стоматологических услуг.

\$ \_\_\_\_\_

Укажите всех членов семьи, которые хотят принять участие в программе.

| Имя и фамилия | Дата рождения  | Степень родства | Номер медицинской карты |
|---------------|----------------|-----------------|-------------------------|
| _____         | ____/____/____ | _____           | _____                   |
| _____         | ____/____/____ | _____           | _____                   |
| _____         | ____/____/____ | _____           | _____                   |
| _____         | ____/____/____ | _____           | _____                   |
| _____         | ____/____/____ | _____           | _____                   |

**Не застрахованы? Мы в Kaiser Permanente готовы помочь.** Если у Вас нет медицинского страхового покрытия, мы поможем Вам разобраться в существующих вариантах страхования. Отметьте этот пункт, если Вы хотите, чтобы представитель Kaiser Permanente связался с Вами и обсудил доступные варианты, или позвоните нам по номеру **1-800-479-5764** (линия ТТУ 711), чтобы узнать о расценках.

Да, позвоните мне

Настоящим я заявляю, что вся указанная в данном заявлении информация является достоверной, точной и полной во всех отношениях. Я также понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность перед организацией Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals по всем задолженностям за медицинские товары и услуги, расходы на оплату которых не покрываются в рамках программы (раздел «Сумма остатка»).

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Примечание:** организация Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals сохраняет за собой право на использование информации, полученной от кредитных агентств и других независимых источников информации, в целях определения моего соответствия условиям государственных медицинских программ, программ штата и частных медицинских программ, включая программу MFA.