

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 หรือตารางการนัดที่คุณได้รับ จาก Kaiser Permanente โปรแกรม ผู้ช่วยการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA) ของเราสามารถช่วยคุณได้

การทำงานของโปรแกรม

- โปรแกรมให้ “คำตอบแทน” ชั่วคราว เพื่อช่วยผู้สมัครที่มีคุณสมบัติจ่ายค่ารักษาโดยขึ้นอยู่กับความต้องการทางการเงินของพวกเขา
- มีให้บริการแก่ผู้ป่วยของ Kaiser Permanente ทุกคน ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกหรือไม่ก็ตาม
- หากได้รับคำตอบแทน โปรแกรมจะครอบคลุมไปถึงการรักษาฉุกเฉินหรือทางการแพทย์ที่จำเป็นจาก Kaiser Permanente ผู้ให้บริการหรือสถานที่ให้บริการของ Kaiser Permanente ในช่วงเวลาที่กำหนด
- คำตอบแทนนี้ใช้ไม่ได้กับบริการด้านสุขภาพที่จัดหาให้และเรียกเก็บเงินจากภายนอก Kaiser Permanente

คุณสมบัติที่ต้องมี

เพื่อให้ได้รับการคัดเลือก คุณต้องมีคุณสมบัติตรงตามหนึ่งในเกณฑ์ต่อไปนี้:

1. รายได้รวมครัวเรือนของคุณต้องไม่เกิน 300% ของระดับความยากจนของรัฐบาลกลาง

หลักเกณฑ์ความยากจนของรัฐบาลกลาง ประจำปี 2023 (Federal Poverty Guidelines, FPG)			
หากขนาดครัวเรือนหรือครอบครัวของคุณคือ:	คำตอบแทน 100% สำหรับรายได้รวมต่อปี ที่หรือต่ำกว่า 200% FPG	คำตอบแทน 75% สำหรับรายได้รวมต่อปีระหว่าง 201% ถึง 250% FPG	คำตอบแทน 50% สำหรับรายได้รวมต่อปีระหว่าง 251% ถึง 300% FPG
1	สูงถึง \$2,430 ดอลลาร์สหรัฐ	\$2,431 ถึง \$3,038 ดอลลาร์สหรัฐ	\$3,039 ถึง \$3,645 ดอลลาร์สหรัฐ
2	สูงถึง \$3,287 ดอลลาร์สหรัฐ	\$3,288 ถึง \$4,108 ดอลลาร์สหรัฐ	\$4,109 ถึง \$4,930 ดอลลาร์สหรัฐ
3	สูงถึง \$4,143 ดอลลาร์สหรัฐ	\$4,144 ถึง \$5,179 ดอลลาร์สหรัฐ	\$5,180 ถึง \$6,215 ดอลลาร์สหรัฐ
4	สูงถึง \$5,000 ดอลลาร์สหรัฐ	\$5,001 ถึง \$6,250 ดอลลาร์สหรัฐ	\$6,251 ถึง \$7,500 ดอลลาร์สหรัฐ
5	สูงถึง \$5,857 ดอลลาร์สหรัฐ	\$5,858 ถึง \$7,321 ดอลลาร์สหรัฐ	\$7,322 ถึง \$8,785 ดอลลาร์สหรัฐ
6	สูงถึง \$6,713 ดอลลาร์สหรัฐ	\$6,714 ถึง \$8,392 ดอลลาร์สหรัฐ	\$8,393 ถึง \$10,070 ดอลลาร์สหรัฐ

เข้าไปที่ aspe.hhs.gov/poverty เพื่อค้นหาหลักเกณฑ์ สำหรับครัวเรือนขนาดใหญ่

หรือ

2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคุณทั้งแบบฉุกเฉินหรือการรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ การรักษาทางทันตกรรม และทางยาในช่วงระยะเวลาเกินกว่า 12 เดือนคือเท่ากับหรือมากกว่า 10% ของรายได้รวมครัวเรือนของคุณ
 - ค่าใช้จ่ายรวมไปถึง การรวมจ่ายประกัน การหักประกันรวม และการชำระเงินแบบหักลดหย่อน
 - ค่าใช้จ่ายที่ไม่รวมการจ่ายใด ๆ สำหรับแผนสุขภาพของคุณเอง อย่างเช่น ระดับพรีเมียมแบบรายเดือนของคุณ

หากคุณไม่มีประกันสุขภาพ คุณอาจจะถูกขอให้สมัคร

- เนื่องจากโปรแกรม MFA ให้คำตอบแทนทางการเงินชั่วคราวเท่านั้น คุณอาจจะถูกขอให้สมัครเพื่อให้ครอบคลุมสิ่งเหล่านั้น ซึ่งจะครอบคลุมให้คุณในระยะยาว ซึ่งจะรวมไปถึง โปรแกรมสุขภาพของทางรัฐหรือเอกชนที่คุณมีสิทธิได้รับ - เช่น Medicaid หรือแผนเสริมที่มีให้ในตลาดประกันสุขภาพ
- เราอาจให้คุณแสดงหลักฐานว่าคุณได้สมัครโปรแกรมเหล่านี้แล้ว หรือคุณได้รับการอนุมัติ หรือถูกพวกเขาปฏิเสธ แต่คุณยังจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากโปรแกรม MFA ในขณะที่รอการตัดสินใจจากโปรแกรมอื่น ๆ เหล่านี้

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

หากคุณสมบัติของคุณเป็นไปตามที่กำหนด คุณสามารถสมัครได้จากทุกทางต่อไปนี้

 ออนไลน์	- กรอกใบสมัครของ MFA ทางออนไลน์ได้ที่ www.kp.org/mfa/wa - เตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดตามรายการในใบสมัครของ MFA ในหน้าต่อไปนี้
 แฟกซ์	- กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ - แฟกซ์ ใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วไปที่ 1-800-687-9901
 ทางไปรษณีย์	- กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ - ส่งใบสมัครที่กรอก สมบูรณ์ แล้วไปที่ Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
 ส่งด้วยตัวเอง	- กรอกใบสมัคร MFA จากหน้าต่อไปนี้ - ส่งใบสมัครที่กรอกสมบูรณ์แล้วไปที่สำนักงานหรือฝ่ายประชาสัมพันธ์ได้ทุก ๆ สถานพยาบาลของ Kaiser Permanent

สำคัญมาก: หากสมัคร ออนไลน์ ผ่านทางจดหมายหรือแฟกซ์ หรือ ส่งใบสมัครด้วยตัวเอง กรุณากรอกข้อมูลในใบสมัครให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หากข้อมูลตกหล่นอาจทำให้กระบวนการสมัครล่าช้า

สิ่งที่ควรคาดหวังหลังจากการสมัคร

หลังจากที่เราได้ตรวจสอบใบสมัครที่สมบูรณ์ของคุณแล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงผลลัพธ์ต่อไปนี้ ภายในสามสัปดาห์ (30) วันนับจากวันที่ได้รับ:

- ใบสมัครของคุณได้รับการอนุมัติคุณจะได้รับจดหมายแจ้งค่าตอบแทนทางการเงินของคุณ
- หากใบสมัครของคุณไม่สมบูรณ์ คุณจะได้รับจดหมายอธิบายข้อมูลที่จำเป็นต้องใส่ในใบสมัครของคุณ คุณสามารถส่งทางไปรษณีย์หรือส่งด้วยตนเอง ซึ่งอาจรวมถึงหลักฐานแสดงรายได้หรือสำเนาค่าใช้จ่ายที่คุณต้องจ่ายเอง
- หากใบสมัครของคุณถูกปฏิเสธ คุณจะได้รับจดหมายแจ้งเหตุผลที่ใบสมัครของคุณถูกปฏิเสธ ซึ่งในกรณีนี้ คุณสามารถอุทธรณ์คำตัดสินของเราได้

ต้องการความช่วยเหลือไหม

หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร หรือต้องการตรวจสอบสถานะการสมัครของคุณ 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) อาจรวมถึงคู่สมรส

หรือคู่ที่อยู่กันด้วยกัน บุตร และญาติผู้ดูแลที่ไม่ใช่พ่อแม่ เป็นต้น

รายได้ครัวเรือน(รายเดือน): รายได้รวมทั้งหมดของสมาชิกครอบครัวใน ครัวเรือน

ดูประเภทของรายได้ทั้งหมดเพื่อการสมัคร:

☐ รายได้จากการจ้างงาน / ค่าจ้าง

☐ ค่าเลี้ยงดู / ค่าเลี้ยงดูบุตร

☐ รายได้จากธุรกิจ / อสังหาริมทรัพย์ให้เช่า

☐ งานบำนาญหรือเกษียณอายุ / รายปี

☐ เงินชดเชยการว่างงาน / รายได้คนพิการ

☐ 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 #
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____

ไม่มีประกันใช่ไหม Kaiser Permanente ช่วยคุณได้ หากคุณไม่มีความคุ้มครองดูแลสุขภาพ

เราสามารถช่วยให้คุณเข้าใจในตัวเลือกได้ กาเครื่องหมายถูกที่ช่องนี้หากคุณต้องการให้

Kaiser Permanente ติดต่อคุณเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือก หรือโทรหาเราที่

1-800-479-5764 (TTY 711) เพื่อขอรับใบเสนอราคา

☐ ใช่, ติดต่อฉัน

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ให้ไว้ข้างต้นในใบสมัครนี้เป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วนทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงว่าต้องรับผิดชอบต่อแผน Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals สำหรับเงินจำนวนทั้งหมดที่มาจาก Kaiser

Foundation Health Plan and Hospitals สำหรับสินค้าและบริการทางการแพทย์ที่ไม่มีสิทธิ์ภายใต้โปรแกรมนี้ ("จำนวนเงินคงเหลือ")

ลงชื่อ: _____ วันที่: _____

หมายเหตุ: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals

ขอสงวนสิทธิ์เพื่อใช้ข้อมูลจากหน่วยงานรายงานเครดิตผู้บริโภคและแหล่งข้อมูลจากบุคคลที่สามเพื่อกำหนดคุณสมบัติสำหรับรัฐบาลกลาง รัฐ

และโปรแกรมทางการแพทย์เอกชน รวมไปถึง MFA โปรแกรม