

Program medicinske financijske pomoći (Medical Financial Assistance, MFA)

Ako vam je potrebna pomoć s plaćanjem zdravstvenih usluga, primljenih recepata ili recepata koje trebate dobiti od društva Kaiser Permanente, naš program medicinske financijske pomoći (MFA) vam možda može pomoći u tome. Možete se prijaviti popunjavanjem i predajom prijave koja uključuje informacije o dohotku vašeg kućanstva.

Kako program funkcionira

- Program nudi privremene „dodjele” koje pomažu kvalificiranim podnositeljima prijave s plaćanjem za skrb na temelju njihovih financijskih potreba.
- Dostupan je svim pacijentima društva Kaiser Permanente, bez obzira na to jeste li član ili ne.
- Ako vam bude dodjeljen, program će pokriti hitnu ili neophodnu medicinsku skrb pružatelja usluga društva Kaiser Permanente ili u ustanovama društva Kaiser Permanente za određeno vremensko razdoblje.
- Dodjela se ne primjenjuje za usluge zdravstvene skrbi koje su pružene i naplaćene izvan ustanova društva Kaiser Permanente.

Kako se kvalificirati

Kako biste se kvalificirali, morate ispuniti JEDAN od sljedećih skupa kriterija:

1. Bruto dohodak vašeg kućanstva (dohodak prije poreza i odbitaka) iznosi 300 % savezne razine siromaštva ili manje.

ILI

2. Vaši gotovinski troškovi zdravstvene skrbi za hitnu ili neophodnu zdravstvenu skrb, stomatološke usluge ili lijekove tijekom razdoblja od 12 mjeseci jednaki su iznosu od 10 % vašeg bruto dohotka kućanstva ili veći.
 - Gotovinski troškovi uključuju participacije, suosiguranja i plaćanja iznosa osobnog udjela.
 - Gotovinski troškovi ne uključuju plaćanja samog zdravstvenog plana, primjerice mjesečnu premiju.

Savezne smjernice za siromaštvo (Federal Poverty Guidelines, FPG) za 2024.

Ako je veličina vašeg kućanstva / vaše obitelji:	100 % dodjele za bruto mjesečni dohodak kućanstva od 200 % saveznih smjernica za siromaštvo (FPG) ili manji	75 % dodjele za bruto mjesečni dohodak kućanstva između 201 % i 250 % saveznih smjernica za siromaštvo (FPG)	50 % dodjele za bruto mjesečni dohodak kućanstva između 251 % i 300 % saveznih smjernica za siromaštvo (FPG)
1	Do \$2,510	\$2,511 do \$3,138	\$3,139 do \$3,765
2	Do \$3,407	\$3,408 do \$4,258	\$4,259 do \$5,110
3	Do \$4,303	\$4,304 do \$5,379	\$5,380 do \$6,455
4	Do \$5,200	\$5,201 do \$6,500	\$6,501 do \$7,800
5	Do \$6,097	\$6,098 do \$7,621	\$7,622 do \$9,145
6	Do \$6,993	\$6,994 do \$8,742	\$8,743 do \$10,490

Posjetite mrežnu stranicu aspe.hhs.gov/poverty kako biste pronašli smjernice za veća kućanstva.

Imate li pitanja?





Dodatne informacije o tome kako se kvalificirati za program MFA ili koje zdravstvene usluge program pokriva potražite na stranici kp.org/mfa/wa, nazovite **1-800-442-4014** ili skenirajte ovaj kod.

Ako su vam potrebne dodatne informacije o opcijama zdravstvenog osiguranja, nazovite nas na broj telefona **1-800-479-5764** (TTY 711).



Kako se prijaviti

Ako ispunjavate uvjete povlaštenosti, možete se prijaviti na bilo koji od sljedećih načina.

 Na internetu	<ul style="list-style-type: none">Ispunite prijavu za MFA na internetu kp.org/mfa/waPripremite se za pružanje svih informacija navedenih u prijavi za MFA na sljedećoj stranici.
 Putem faksa	<ul style="list-style-type: none">Ispunite prijavu za MFA na sljedećoj stranici.Pošaljite ispunjenu prijavu putem faksa na 206-877-0640.
 Putem pošte	<ul style="list-style-type: none">Ispunite prijavu za MFA na sljedećoj stranici.Pošaljite ispunjenu prijavu putem pošte na: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584
 Osobno	<ul style="list-style-type: none">Ispunite prijavu za MFA na sljedećoj stranici.Dostavite popunjenu prijavu u poslovni ured ili na šalter za prijavu u bilo kojoj ustanovi Kaiser Permanente.

Važno: Pri podnošenju zahtjeva na internetu, putem pošte ili faksa ili osobno obavezno u što većoj mjeri ispunite prijavu. Informacije koje nedostaju mogu usporiti obradu prijave te mogu rezultirati odbijanjem pomoći.

Trebate pomoć?

Ako imate bilo kakvih pitanja ili vam treba pomoć s prijavom, nazovite **1-800-442-4014** (TTY 711), od ponedjeljka do petka, od 8:00 do 17:00 sati (PST).

Dokumentacija o dohotku

Provjera dohotka dio je određivanja povlaštenosti za medicinsku financijsku pomoć. Prilaganje dokumentacije o dohotku zajedno s ispunjenom prijavom doprinijet će potvrđivanju točnosti vašeg dohotka tijekom postupka pregleda. U tablici u nastavku navedeni su dodatni dokumenti koje trebate priložiti u skladu s izvorima dohotka vašeg kućanstva.

Izvori dohotka kućanstva	Priložite samo jedan od sljedećih dokumenata po izvoru dohotka
Poslovni dohodak / dohodak od najma	Nedavni obrasci W-2, 1099 ili povrat poreza
Dohodak od zaposlenja / plaće	Nedavna potvrda o obračunu isplaćene plaće Nedavni obrasci W-2, 1099 ili povrat poreza
Primljeni dohodak od mirovine/anuiteta	Nedavna potvrda o obračunu isplaćene plaće Izjava o isplati mirovine Nedavni obrasci W-2, 1099 ili povrat poreza
Dohodak od samozapošljavanja	Nedavna potvrda o obračunu isplaćene plaće Nedavni obrasci W-2, 1099 ili povrat poreza
Dohodak od socijalnog osiguranja / dodatne socijalne pomoći	Potvrda o naknadi administracije socijalnog osiguranja Izjava socijalnog osiguranja
Naknada za nezaposlene osobe / osobe s invaliditetom	Potvrda o naknadi za nezaposlene osobe / osobe s invaliditetom Nedavni obrasci W-2, 1099 ili povrat poreza
Naknada za veterane	Potvrda o naknadi za veterane Nedavni obrasci W-2, 1099 ili povrat poreza
Državna pomoć (npr. programi Medicaid, TANF, SNAP, WIC ili program smještaja za kućanstva s niskim prihodima)	Pismo odobrenja povlaštenosti
Dohodak od kamata ili dividendi	Nedavni povrat poreza
Primljene uplate za uzdržavanje bivših bračnih drugova / djece	Pismo koje prikazuje mjesečni bruto dohodak za uzdržavanje djece ili alimentaciju
Kućanstvo bez dohotka	Pisana potvrda / pisano objašnjenje

Što možete očekivati nakon prijave

Nakon što pregledamo ispunjenu prijavu, obavijestit ćemo vas o jednom od sljedećih ishoda u roku trideset (30) dana od primitka:

- Ako vaša prijava bude odobrena, primit ćete pismo s obavijesti o dodjeli financijskih sredstava.
- Ako je vaša prijava nepotpuna, primit ćete pismo koje navodi informacije potrebne za obradu vaše prijave. Zatražene informacije možete poslati putem pošte ili dostaviti osobno; ovo može uključivati potvrde o dohotku ili kopije vaših gotovinskih troškova.
- Ako je vaša prijava odbijena, primit ćete pismo s objašnjenjem zašto je odbijena te se u tom slučaju možete žaliti na našu odluku.

Prijava za program medicinske financijske pomoći (MFA)

1. odlomak: Informacije o pacijentu

IME I PREZIME		BROJ MEDICINSKE DOKUMENTACIJE (NIJE OBAVEZNO)	
DATUM ROĐENJA	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA (NIJE OBAVEZNO)		<input type="checkbox"/> Nemam broj socijalnog osiguranja
ADRESA (ULICA)			
GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ	

 Je li pacijent trenutno beskućnik? Da Ne

 PRIMARNI TELEFONSKI BROJ kućni mobilni
 poslovni ostali

 Je li pacijent upisan u državni program pomoći poput programa dopunske prehrane i pomoći (SNAP), programa privremene pomoći za potrebite obitelji (TANF), programa za žene, dojenčad i djecu (WIC), programa smještaja za kućanstva s niskim prihodima ili programa Medicaid? Da Ne

2. odlomak: Informacije o kućanstvu

Veličina kućanstva: Broj članova kućanstva (uključujući vas) koji žive u vašem domu. Može uključivati supružnika ili člana domaćeg partnerstva, djecu, skrbnika, srodnika itd.

Dohodak kućanstva (mjesečno): Ukupan bruto dohodak (dohodak prije poreza i odbitaka) za sve članove kućanstva starijih od 18 godina. Označite SVE vrste dohotka koje se odnose na vas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> poslovni dohodak / dohodak od najma | <input type="checkbox"/> dohodak od socijalnog osiguranja / dodatne socijalne pomoći |
| <input type="checkbox"/> dohodak od zaposlenja / plaće | <input type="checkbox"/> naknada za nezaposlene osobe / osobe s invaliditetom |
| <input type="checkbox"/> naknada za veterane | <input type="checkbox"/> primljene uplate za uzdržavanje bivših bračnih drugova / djece |
| <input type="checkbox"/> dohodak od kamata ili dividendi | <input type="checkbox"/> primljeni dohodak od mirovine/anuiteta |
| <input type="checkbox"/> dohodak od samozapošljavanja | <input type="checkbox"/> Nitko iz mog kućanstva ne zarađuje ili nije primio dohodak zadnja 2 mjeseca |

Ako je godišnji bruto dohodak za sve članove kućanstva jednak nuli, označite polje za potvrdu iznad i ispod, dostavite objašnjenje o tome kako se odrasli članovi obitelji u kućanstvu uzdržavaju bez dohotka, tj. hrane, smještaja, režija i drugih potrepština.

\$ _____

Troškovi zdravstvene njege: Ukupni gotovinski troškovi koje ste imali u trajanju od 12 mjeseci za hitne ili druge neophodne medicinske usluge koje je pružilo društvo Kaiser Permanente ili bilo koji drugi pružatelj zdravstvenih usluga. To može uključivati participacije, depozite, suosiguranja ili plaćanja iznosa osobnog udjela za povlaštene medicinske, farmaceutske ili stomatološke usluge.

\$ _____

Navedite sve članove vašeg kućanstva koji se prijavljuju za medicinsku financijsku pomoć.

Ime	Datum rođenja	Odnos	Medicinska dokumentacija #
-----	---------------	-------	----------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Niste osigurani? Društvo Kaiser Permanente može pomoći. Ako nemate zdravstveno osiguranje, možemo vam pomoći u tumačenju vaših mogućnosti. Označite ovo polje ako želite da vam se društvo Kaiser Permanente obrati kako bismo razgovarali o vašim mogućnostima ili nas nazovite na **1-800-479-5764 (TTY 711)** za ponudu.

Da, obratite mi se

Ovime izjavljujem da su sve prethodno navedene informacije u ovoj prijavi istinite, točne i potpune u svim aspektima. Također prihvaćam i slažem se da sam odgovoran/na društvu Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) za sve iznose koje dugujem društvu Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals za sve medicinske proizvode i usluge koji nisu povlašteni u programu MFA.

Napomena: Ako dokaz o dohotku nije dostavljen, društvo Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals upotrijebit će informacije agencija za izvješćivanje o kreditnoj sposobnosti potrošača ili drugih izvora informacija treće strane kako bi se odredila povlaštenost za federalne, državne i privatne medicinske programe, uključujući program MFA.

Podnošenjem ove prijave dajem dopuštenje društvu KFH/HP da zatraži informacije od agencija za izvješćivanje o kreditnoj sposobnosti potrošača ili od drugih izvora informacija treće strane kako bi se provjerila bilo koja informacija u ovoj prijavi koja se smatra potrebnom.

POTPIS

DATUM

Kako bi se vaša prijava odmah obradila, poduzet će se svi razumni napori i kad vaša prijava bude pregledana, primit ćete pismo s potvrdom ishoda.

NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

English: If you need help in your language, language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). Call our Member Service Contact Center at 1-800-464-4000 (TTY 711) for help or visit any registration desk for more information at any Kaiser Permanente hospital, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronic formats are also available.

Chinese: 如果您需要使用您的语言获得帮助，我们每周 7 天、每天 24 小时免费提供语言帮助（节假日休息）。请致电 1-800-464-4000 (TTY 711) 联络我们的会员服务联络中心以寻求帮助，或前往任何 Kaiser Permanente 医院的登记台了解更多信息，我们的服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。我们还为残疾人提供辅助工具和服务，例如盲文、大字体、音频和其他无障碍电子格式的文档。

Spanish: Si necesita ayuda en su idioma, contamos con asistencia de idiomas sin costo alguno para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (TTY 711) para obtener ayuda. O visite el mostrador de recepción en cualquier hospital de Kaiser Permanente para obtener más información, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También ofrecemos ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles.