

## Programm zur medizinischen Finanzunterstützung (Medical Financial Assistance, MFA)

Wenn Sie Hilfe bei der Bezahlung von Gesundheitsleistungen oder Rezepten benötigen, die Sie von Kaiser Permanente erhalten haben oder erhalten werden, kann Ihnen unser Programm zur medizinischen Finanzunterstützung (MFA) helfen. Für eine Antragstellung füllen Sie einen Antrag aus und reichen diesen zusammen mit Angaben zu Ihrem Haushaltseinkommen ein.

### So funktioniert das Programm

- Im Rahmen des Programms werden zeitlich befristete „Zuschüsse“ gewährt, um anspruchsberechtigten Antragstellern zu helfen, ihre Pflegekosten entsprechend ihren finanziellen Bedürfnissen zu decken.
- Es steht allen Patienten von Kaiser Permanente zur Verfügung, unabhängig davon, ob sie Mitglied sind oder nicht.
- Bei einer Bewilligung werden durch das Programm dringende oder medizinisch notwendige Behandlungen durch Anbieter von Kaiser Permanente oder in Einrichtungen von Kaiser Permanente für einen bestimmten Zeitraum abgedeckt.
- Der Zuschuss gilt nicht für Gesundheitsleistungen, die außerhalb der Einrichtungen von Kaiser Permanente erbracht und abgerechnet werden.

### So qualifizieren Sie sich

**Um sich zu qualifizieren, müssen Sie EINES der folgenden Kriterien erfüllen:**

1. Ihr Bruttohaushaltseinkommen (Einkommen vor Steuern und Abzügen) beträgt 300 % oder weniger der bundesstaatlichen Armutsgrenze.

### ODER

2. Ihre Ausgaben für Notfälle oder medizinisch notwendige Behandlungen, Zahnbehandlungen und Medikamente betragen innerhalb von 12 Monaten mindestens 10 % Ihres Bruttohaushaltseinkommens.
  - Zu den Ausgaben gehören Zuzahlungen, Mitversicherung und Selbstbehalte.
  - Zu den Ausgaben zählen keine Zahlungen an die Krankenkasse selbst, wie z. B. die monatlichen Beitragszahlungen.

<b>Bundesrichtlinien zur Armut (Federal Poverty Guidelines, FPG) 2024</b>			
<b>Wenn die Größe Ihres Haushalts/ Ihrer Familie wie folgt ist:</b>	<b>100 % Zuschuss bei einem monatlichen Bruttohaushaltseinkommen von bis zu 200 % der FPG</b>	<b>75 % Zuschuss bei einem monatlichen Bruttohaushaltseinkommen zwischen 201 % und 250 % der FPG</b>	<b>50 % Zuschuss bei einem monatlichen Bruttohaushaltseinkommen zwischen 251 % und 300 % der FPG</b>
1	Bis zu \$2,510	\$2,511 bis \$3,138	\$3,139 bis \$3,765
2	Bis zu \$3,407	\$3,408 bis \$4,258	\$4,259 bis \$5,110
3	Bis zu \$4,303	\$4,304 bis \$5,379	\$5,380 bis \$6,455
4	Bis zu \$5,200	\$5,201 bis \$6,500	\$6,501 bis \$7,800
5	Bis zu \$6,097	\$6,098 bis \$7,621	\$7,622 bis \$9,145
6	Bis zu \$6,993	\$6,994 bis \$8,742	\$8,743 bis \$10,490

Unter [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) finden Sie die für größere Haushalte geltenden Richtlinien.

### Haben Sie Fragen?





Weitere Informationen zur Inanspruchnahme des MFA-Programms oder zu den bezuschussten Gesundheitsleistungen finden Sie unter [kp.org/mfa/wa](http://kp.org/mfa/wa), telefonisch unter **1-800-442-4014** oder durch Scannen dieses Codes.

Weitere Informationen über die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung erhalten Sie unter der Telefonnummer **1-800-479-5764 (TTY 711)**.



### So stellen Sie einen Antrag

Wenn Sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, können Sie wie folgt einen Antrag stellen.

 <p>Online</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den MFA-Antrag online unter <a href="http://kp.org/mfa/wa">kp.org/mfa/wa</a> aus.</li> <li>• Stellen Sie sicher, dass Sie alle im MFA-Antrag auf der nächsten Seite aufgeführten Angaben machen.</li> </ul>
 <p>Per Fax</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den MFA-Antrag auf der folgenden Seite aus.</li> <li>• Faxen Sie Ihren ausgefüllten Antrag an <b>206-877-0640</b>.</li> </ul>
 <p>Per Post</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den MFA-Antrag auf der folgenden Seite aus.</li> <li>• Schicken Sie Ihren ausgefüllten Antrag an: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584, USA</li> </ul>
 <p>Persönliche Abgabe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den MFA-Antrag auf der folgenden Seite aus.</li> <li>• Geben Sie Ihren ausgefüllten Antrag in der Geschäftsstelle oder am Aufnahmeschalter in einer beliebigen Einrichtung von Kaiser Permanente ab.</li> </ul>

**Wichtig:** Wenn Sie Ihren Antrag online, per Post oder Fax stellen oder persönlich abgeben, achten Sie bitte darauf, dass Sie ihn so vollständig wie möglich ausfüllen. Fehlende Angaben können die Bearbeitung Ihres Antrags verzögern und zur Ablehnung der Finanzunterstützung führen.

### Brauchen Sie Hilfe?

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe bei der Antragstellung benötigen, rufen Sie bitte von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 17.00 Uhr die Nummer **1-800-442-4014 (TTY 711)** an.

### Einkommensnachweis

Die Überprüfung der Einkommensverhältnisse ist Teil der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf medizinische Finanzhilfe. Fügen Sie Ihrem ausgefüllten Antrag einen Einkommensnachweis bei, damit die Richtigkeit Ihres Einkommens während der Prüfung bestätigt werden kann. In der nachstehenden Tabelle sind die Unterlagen aufgeführt, die Sie je nach Einkommensquelle(n) Ihres Haushalts einreichen müssen.

Quelle(n) des Haushaltseinkommens	Geben Sie für jede Einkommensquelle nur eine der folgenden Informationen an
Einkünfte aus Gewerbebetrieb/Vermietung	Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Einkünfte aus Beschäftigung/Lohn	Aktuelle Lohnabrechnungen Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Erhaltene Einkünfte aus Pensionen/ Ruhestand/Renten	Aktuelle Lohnabrechnungen Auszahlungsbeleg für Pensionen/Ruhestand Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	Aktuelle Lohnabrechnungen Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Bezüge aus Sozialleistungen/ Ergänzungsleistungen	Leistungsnachweis der Sozialversicherung Nachweis der Sozialversicherung
Bezüge bei Arbeitslosigkeit/ Erwerbsunfähigkeit	Schreiben zur Überprüfung der Leistungen bei Arbeitslosigkeit/Erwerbsunfähigkeit Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Bezüge aus Veteranenleistungen	Schreiben zur Überprüfung der Veteranenleistungen Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Staatliche Unterstützung (z. B. Medicaid, TANF, SNAP, WIC oder Sozialwohnung)	Schreiben zur Genehmigung der Beihilfeberechtigung
Einkünfte aus Zinsen oder Dividenden	Aktuelle Steuererklärung
Erhaltene Unterhaltsleistungen für Ehegatten/Kinder	Ein Schreiben, aus dem die monatlichen Bruttoeinkünfte aus Kindesunterhalt oder Alimenten hervorgehen
Kein Haushaltseinkommen	Schriftliche Bescheinigung/Erklärung

### Was nach dem Antrag passiert

Nach Prüfung Ihres vollständig ausgefüllten Antrags teilen wir Ihnen innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Eingang des Antrags eines der folgenden Ergebnisse mit:

- Wenn Ihr Antrag bewilligt wird, erhalten Sie ein Schreiben, in dem Sie über Ihre finanzielle Unterstützung informiert werden.
- Wenn Ihr Antrag unvollständig ist, erhalten Sie ein Schreiben, in dem erläutert wird, welche Informationen für die Bearbeitung Ihres Antrags erforderlich sind. Sie können die angeforderten Informationen, z. B. Einkommensnachweise oder Kopien zu Ihren Ausgaben, entweder per Post zusenden oder persönlich abgeben.
- Wenn Ihr Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie ein Schreiben, in dem Ihnen die Gründe für die Ablehnung mitgeteilt werden. In diesem Fall können Sie gegen unsere Entscheidung Widerspruch einlegen.

## Antrag für das Programm zur medizinischen Finanzunterstützung (Medical Financial Assistance, MFA)

### Abschnitt 1: Patienteninformationen

NAME		KRANKENAKTENNUMMER (OPTIONAL)	
GEBURTSDATUM	SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER (OPTIONAL)		
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Sozialversicherungsnummer			
POSTANSCHRIFT (STRASSE)			
STADT	BUNDESSTAAT	POSTLEITZAHL	
Ist der Patient/die Patientin derzeit wohnungslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		HAUPTTELEFONNUMMER <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> Sonstiges	

Nimmt der Patient/die Patientin an einem staatlichen Hilfsprogramm teil, wie z. B. dem Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), der Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), Sozialwohnungen oder Medicaid?  Ja  Nein

### Abschnitt 2: Angaben zum Haushalt

**Haushaltsgröße:** Anzahl der Haushaltsmitglieder (einschließlich Ihnen), die in Ihrem Haushalt leben. Hierbei kann es sich um einen Ehegatten oder einen qualifizierten Lebenspartner, ein Kind, einen nicht elterlichen Vormund, einen Verwandten usw. handeln.

**Haushaltseinkommen (monatlich):** Gesamtbruttoeinkommen (Einkommen vor Steuern und Abzügen) aller Haushaltsmitglieder im Alter von über 18 Jahren. Kreuzen Sie ALLE zutreffenden Einkommensarten an:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Gewerbebetrieb/<br>Vermietung | <input type="checkbox"/> Bezüge aus Sozialleistungen/<br>Ergänzungsleistungen  |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Beschäftigung/<br>Lohn        | <input type="checkbox"/> Bezüge bei Arbeitslosigkeit/<br>Erwerbsunfähigkeit  |
| <input type="checkbox"/> Bezüge aus<br>Veteranenleistungen           | <input type="checkbox"/> Erhaltene Unterhaltsleistungen für<br>Ehegatten/Kinder  |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Zinsen<br>oder Dividenden     | <input type="checkbox"/> Erhaltene Einkünfte aus Pensionen/<br>Ruhestand/Renten  |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbständiger<br>Tätigkeit    | <input type="checkbox"/> Niemand in meinem Haushalt hat in<br>den letzten 2 Monaten ein Einkommen<br>erzielt oder erhalten |

Wenn das jährliche Bruttoeinkommen aller Haushaltsmitglieder gleich Null ist, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an und geben Sie eine schriftliche Erklärung darüber ab, wie die erwachsenen Haushaltsmitglieder ihren Lebensunterhalt ohne Einkommen bestreiten, d. h. Nahrung, Unterkunft, Versorgungsleistungen und andere notwendige Dinge.

---



---



---

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

**Gesundheitskosten:** Alle Ausgaben, die Ihnen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten für Notfälle oder medizinisch notwendige Leistungen von Kaiser Permanente oder einem anderen Gesundheitsdienstleister entstanden sind. Dabei kann es sich um Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen, Mitversicherungen oder Selbstbehalte für erstattungsfähige medizinische, pharmazeutische oder zahnmedizinische Leistungen handeln.

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

**Bitte geben Sie alle Mitglieder Ihres Haushalts an, die einen Antrag auf medizinische Finanzunterstützung stellen.**

Name	Geburtsdatum	Beziehung	Krankenaktennummer
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Keine Versicherung? Kaiser Permanente kann helfen.** Wenn Sie nicht krankenversichert sind, können wir Ihnen helfen, Ihre Möglichkeiten zu ermitteln. Kreuzen Sie dieses Kästchen an, wenn Sie möchten, dass Kaiser Permanente Sie kontaktiert, um Ihre Möglichkeiten zu besprechen. Sie können uns auch unter **1-800-479-5764 (TTY 711)** anrufen, um ein Angebot anzufordern.

Ja, bitte kontaktieren Sie mich

Ich erkläre hiermit, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben in jeder Hinsicht wahrheitsgemäß, genau und vollständig sind. Ich erkenne ferner an und erkläre mich damit einverstanden, dass ich gegenüber Kaiser Foundation Health Plan und Kaiser Foundation Hospitals (KFH/HP) für alle Beträge haftbar bin, die ich Kaiser Foundation Health Plan und Kaiser Foundation Hospitals für medizinische Waren und Dienstleistungen schulde, die nicht im Rahmen des Programms erstattungsfähig sind (die „Restbeträge“).

**Hinweis:** Wenn kein Einkommensnachweis vorgelegt wird, verwenden Kaiser Foundation Health Plan und Kaiser Foundation Hospitals Informationen von Kreditauskunfteien und anderen Drittinformatiionsquellen, um die Anspruchsberechtigung für bundesstaatliche, staatliche und private Gesundheitsprogramme, einschließlich des MFA-Programms, zu bestimmen.

Mit der Abgabe dieses Antrages ermächtige ich KFH/HP, zur Überprüfung der in diesem Antrag gemachten Angaben, soweit erforderlich, Auskünfte bei Kreditauskunfteien und anderen Drittinformatiionsquellen einzuholen.

UNTERSCHRIFT	DATUM
--------------	-------

Wir werden uns bemühen, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten. Sobald Ihr Antrag geprüft wurde, erhalten Sie eine schriftliche Benachrichtigung über das Ergebnis.

# 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.