

## Chương Trình Trợ Giúp Tài Chính Y Tế (MFA)

Nếu quý vị cần trợ giúp thanh toán các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc đơn thuốc mình đã nhận hoặc dự kiến sẽ nhận từ Kaiser Permanente, chương trình Trợ Giúp Tài Chính Y Tế (MFA) của chúng tôi có thể hỗ trợ. Quý vị có thể đăng ký bằng cách điền và gửi đơn đăng ký, trong đó ghi rõ thông tin về thu nhập hộ gia đình của quý vị.

### Cách hoạt động của chương trình

- Chương trình cung cấp “các khoản trợ cấp” tạm thời để giúp người nộp đơn đủ tiêu chuẩn chi trả cho dịch vụ chăm sóc dựa trên nhu cầu tài chính của mình.
- Tất cả bệnh nhân của Kaiser Permanente đều có thể nhận trợ cấp dù có phải là hội viên hay không.
- Nếu được nhận trợ cấp, chương trình sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu/khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế từ các nhà cung cấp của Kaiser Permanente hoặc tại các cơ sở của Kaiser Permanente trong một thời gian nhất định.
- Khoản trợ cấp này không áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp và lập hóa đơn bên ngoài cơ sở của Kaiser Permanente.

### Cách hội đủ tiêu chuẩn

Để hội đủ tiêu chuẩn, quý vị cũng phải đáp ứng **MỘT** trong các tiêu chí sau:

1. Thu nhập gộp của hộ gia đình (thu nhập trước thuế và khấu trừ) bằng hoặc dưới 300% so với mức nghèo đói liên bang.

### HOẶC

2. Chi phí chăm sóc sức khỏe tự trả của quý vị cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế, chăm sóc nha khoa và thuốc trong 12 tháng bằng hoặc hơn 10% thu nhập gộp của hộ gia đình.
  - Những chi phí tự trả bao gồm khoản thanh toán cho tiền đồng trả, tiền đồng bảo hiểm và tiền khấu trừ.
  - Chi phí tự trả không bao gồm bất kỳ khoản thanh toán nào cho chính chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như phí bảo hiểm hàng tháng.

### Quy Định về Mức Nghèo Khó Liên Bang (FPG) 2024

Nếu số người trong hộ gia đình/ gia đình quý vị là:	Trợ cấp 100% nếu thu nhập gộp hàng tháng bằng hoặc dưới 200% FPG	Trợ cấp 50% nếu thu nhập gộp hàng tháng từ 201% đến 300% FPG
1	Lên đến \$2,510	\$2,511 đến \$3,765
2	Lên đến \$3,407	\$3,408 đến \$5,110
3	Lên đến \$4,303	\$4,304 đến \$6,455
4	Lên đến \$5,200	\$5,201 đến \$7,800
5	Lên đến \$6,097	\$6,098 đến \$9,145
6	Lên đến \$6,993	\$6,994 đến \$10,490

Hãy truy cập [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) để tìm hiểu quy định đối với hộ gia đình nhiều người hơn.

### Quý vị có thắc mắc?






Để biết thêm thông tin về việc đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình MFA hoặc xem những dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào được chương trình này chi trả, hãy truy cập [kp.org/mfa/ga](https://kp.org/mfa/ga) (bằng tiếng Anh), gọi điện đến số **404-949-5112**, (TTY **711**) hoặc quét mã này.

Để biết thêm thông tin về các tùy chọn bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của quý vị, xin gọi cho chúng tôi theo số **1-800-479-5764** (TTY **711**).



## Cách đăng ký

Nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu về tính hội đủ điều kiện, quý vị có thể đăng ký theo những cách sau.

 Trực tuyến	<ul style="list-style-type: none"><li>• Điền đơn đăng ký MFA trực tuyến tại <a href="http://kp.org/mfa/ga">kp.org/mfa/ga</a> (bằng tiếng Anh)</li><li>• Hãy chuẩn bị sẵn để có thể cung cấp tất cả những thông tin liệt kê trong đơn đăng ký MFA ở trang tiếp theo.</li></ul>
 Gửi qua fax	<ul style="list-style-type: none"><li>• Điền đơn đăng ký MFA ở trang sau.</li><li>• Gửi đơn đăng ký đã điền qua fax tới <b>1-877-899-5635</b>.</li></ul>
 Gửi qua đường bưu điện	<ul style="list-style-type: none"><li>• Điền đơn đăng ký MFA ở trang sau.</li><li>• Gửi đơn đăng ký đã điền qua bưu điện tới: Kaiser Permanente MFA Program Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Rd., NE Atlanta, GA 30305</li></ul>
 Nộp trực tiếp	<ul style="list-style-type: none"><li>• Điền đơn đăng ký MFA ở trang sau.</li><li>• Nộp đơn yêu cầu đã điền đầy đủ của quý vị tại Văn Phòng Giao Dịch Bệnh Nhân ở bất cứ tòa nhà văn phòng y khoa nào thuộc Kaiser Permanente.</li></ul>
 Gặp cố vấn tài chính	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gặp cố vấn tài chính tại một trong những cơ sở được chỉ định của chúng tôi, vào Thứ Hai, Thứ Tư và Thứ Sáu, từ 8 giờ 30 sáng đến 4 giờ chiều theo Giờ Chuẩn Miền Đông (East Standard Time, EST).</li><li>• Hãy chuẩn bị sẵn để có thể cung cấp tất cả những thông tin liệt kê trong đơn đăng ký MFA ở trang tiếp theo.</li></ul>

**Lưu ý quan trọng:** Khi đăng ký trực tuyến, qua bưu điện hoặc gửi fax hoặc gửi đơn đăng ký trực tiếp, quý vị vui lòng điền đơn đăng ký đầy đủ nhất có thể. Việc cung cấp thiếu thông tin có thể làm trì hoãn việc xử lý đơn đăng ký và có thể khiến quý vị bị từ chối cấp hỗ trợ.

## Quý vị cần trợ giúp?

Nếu quý vị có thắc mắc, cần giúp đỡ nộp đơn đăng ký hay cần kiểm tra trạng thái đơn đăng ký của mình, hãy gọi số **404-949-5112 (TTY 711)**, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ 30 sáng đến 4 giờ chiều, EST. Quý vị cũng có thể trò chuyện với cố vấn tài chính tại các địa điểm được Kaiser Permanente chỉ định.

### Tài liệu chứng minh thu nhập

Xác minh thu nhập là một phần trong việc xác định tính đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính y tế. Việc gửi kèm tài liệu chứng minh thu nhập cùng đơn đăng ký đã điền đầy đủ sẽ giúp xác nhận độ chính xác về thu nhập của quý vị trong quá trình xem xét. Bảng sau liệt kê các tài liệu tùy chọn cần nộp tùy theo (các) nguồn thu nhập của hộ gia đình.

<b>(Các) Nguồn Thu Của Nhập Hộ Gia Đình</b>	<b>Chỉ Cung Cấp Một Trong Những Chứng Từ Sau Đối Với Mỗi Nguồn Thu Nhập</b>
Thu nhập từ việc kinh doanh/cho thuê	Mẫu W-2, (các) tờ khai 1099 hoặc tờ khai thuế gần đây
Thu nhập/lương từ việc làm	Phiếu lương gần đây Mẫu W-2, (các) tờ khai 1099 hoặc tờ khai thuế gần đây
Thu nhập từ lương hưu/hưu trí/niên kim đã nhận	Phiếu lương gần đây Bảng thu chi lương hưu/hưu trí Mẫu W-2, (các) tờ khai 1099 hoặc tờ khai thuế gần đây
Thu nhập từ công việc tự làm chủ	Phiếu lương gần đây Mẫu W-2, (các) tờ khai 1099 hoặc tờ khai thuế gần đây
Thu nhập từ An Sinh Xã Hội/an sinh bổ sung	Thư xác nhận trợ cấp từ Phòng Quản Lý An Sinh Xã hội Bảng kê An Sinh Xã Hội
Thu nhập từ trợ cấp thất nghiệp/khuyết tật	Thư xác nhận trợ cấp thất nghiệp/khuyết tật Mẫu W-2, (các) tờ khai 1099 hoặc tờ khai thuế gần đây
Thu nhập từ trợ cấp cựu chiến binh	Thư xác nhận trợ cấp từ Bộ Cựu Chiến Binh (Veterans Affairs, VA) Mẫu W-2, (các) tờ khai 1099 hoặc tờ khai thuế gần đây
Hỗ trợ từ chính phủ (ví dụ: Medicaid, Trợ Cấp Tạm Thời Cho Các Gia Đình Khó Khăn [Temporary Assistance for Needy Families, TANF], Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung [Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP], Chương Trình dành cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em [Women, Infants, and Children, WIC] hoặc nhà ở cho người thu nhập thấp)	Thư phê duyệt tình trạng hội đủ điều kiện
Thu nhập từ lãi hoặc cổ tức	Tờ khai thuế gần đây
Các khoản thanh toán cấp dưỡng cho vợ/chồng/con cái đã nhận	Thư thể hiện thu nhập gộp hàng tháng nhận được để hỗ trợ nuôi con cái hoặc tiền cấp dưỡng
Không có thu nhập hộ gia đình	Văn bản xác nhận/giải thích

**Những điều sẽ xảy ra sau khi nộp đơn**

Sau khi xem xét đơn đăng ký đã điền của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo một trong những kết quả sau trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận:

- Nếu đơn đăng ký của quý vị được chấp thuận, quý vị sẽ nhận được thư thông báo về khoản trợ cấp tài chính của mình.
- Nếu đơn đăng ký của quý vị chưa đầy đủ, quý vị sẽ nhận được thư nêu rõ những thông tin cần cung cấp để phục vụ việc xử lý đơn đăng ký. Quý vị có thể gửi thông tin được yêu cầu qua đường bưu điện hoặc gửi trực tiếp; có thể bao gồm bằng chứng về thu nhập hoặc bản sao các chi phí tự chi trả của quý vị.
- Nếu đơn đăng ký của quý vị bị từ chối, quý vị sẽ nhận được thư thông báo lý do bị từ chối, quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi trong trường hợp này.

## Đơn Đăng Ký Chương Trình Trợ Giúp Tài Chính Y Tế (MFA)

Phần 1: Thông Tin Bệnh Nhân			
TÊN	SỐ HỒ SƠ Y TẾ (KHÔNG BẮT BUỘC)		
NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI (KHÔNG BẮT BUỘC)		<input type="checkbox"/> Tôi không có Số An Sinh Xã Hội
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ (ĐƯỜNG)			
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN	
Bệnh nhân hiện không có nhà ở? <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> Sai	SỐ ĐIỆN THOẠI CHÍNH	<input type="checkbox"/> Nhà	<input type="checkbox"/> Di động
		<input type="checkbox"/> Nơi làm việc	<input type="checkbox"/> Khác
Bệnh nhân có đăng ký tham gia chương trình hỗ trợ của tiểu bang như Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), Trợ Cấp Tạm Thời cho Các Gia Đình Khó Khăn (TANF), Chương Trình dành cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ em (WIC), nhà ở cho người thu nhập thấp hoặc Medicaid không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Mục 2: Thông Tin Về Hộ Gia Đình			
<b>Số người trong hộ gia đình:</b> Số thành viên gia đình (kể cả quý vị) sống trong nhà quý vị. Có thể bao gồm vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung đủ tiêu chuẩn, con cái, người chăm sóc không phải là cha/mẹ, họ hàng, v.v.		_____	
<b>Thu nhập hộ gia đình (hàng tháng):</b> Tổng thu nhập gộp (thu nhập trước thuế và khấu trừ) của tất cả các thành viên trong gia đình trên 18 tuổi. Chọn <b>TẤT CẢ</b> những loại thu nhập phù hợp:			
<input type="checkbox"/> Thu nhập từ việc kinh doanh/cho thuê	<input type="checkbox"/> Thu nhập từ An Sinh Xã Hội/an sinh bổ sung		
<input type="checkbox"/> Thu nhập/lương từ việc làm	<input type="checkbox"/> Thu nhập từ trợ cấp thất nghiệp/khuyết tật		
<input type="checkbox"/> Thu nhập từ trợ cấp cựu chiến binh	<input type="checkbox"/> Các khoản thanh toán cấp dưỡng cho vợ/chồng/con cái đã nhận		
<input type="checkbox"/> Thu nhập từ lãi hoặc cổ tức	<input type="checkbox"/> Thu nhập từ lương hưu/hưu trí/niên kim đã nhận		
<input type="checkbox"/> Thu nhập từ công việc tự làm chủ	<input type="checkbox"/> Không ai trong gia đình tôi có thu nhập hoặc nhận được khoản thu nào trong 2 tháng qua		
Nếu thu nhập gộp hàng năm của tất cả các thành viên trong gia đình bằng 0, hãy đánh dấu vào ô chứng thực bên trên và viết giải thích xuống bên dưới cách các thành viên trưởng thành trong gia đình trang trải các nhu cầu của mình như thực phẩm, chỗ ở, tiện ích và các nhu yếu phẩm khác khi không có thu nhập.			
_____			
_____			
_____		\$ _____	
<b>Chi phí chăm sóc sức khỏe:</b> Tổng chi phí tự chi trả của quý vị trong 12 tháng cho các dịch vụ cấp cứu hoặc cần thiết về mặt y tế do Kaiser Permanente hoặc bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác cung cấp. Có thể bao gồm các khoản thanh toán cho tiền đồng trả, tiền đặt cọc, tiền đồng bảo hiểm hoặc khoản khấu trừ cho các dịch vụ y tế, nhà thuốc hoặc nha khoa đủ điều kiện.			
_____			
_____		\$ _____	

Vui lòng liệt kê tất cả các thành viên trong hộ gia đình của quý vị nộp đơn xin Trợ Giúp Tài Chính Y Tế.

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ	Số hồ sơ y tế
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Quý vị không có bảo hiểm? Kaiser Permanente có thể hỗ trợ.** Nếu quý vị không có bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, chúng tôi có thể giúp quý vị hiểu thêm về các lựa chọn của mình. Hãy đánh dấu vào ô này nếu quý vị muốn Kaiser Permanente liên hệ để thảo luận về các lựa chọn của quý vị hoặc quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số **1-800-479-5764 (TTY 711)** để nhận báo giá.

Có, hãy liên lạc với tôi

Sau đây, tôi tuyên bố rằng tất cả thông tin nêu trên trong đơn đăng ký này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ về mọi mặt. Tôi cũng xác nhận và đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm pháp lý với Kaiser Foundation Health Plan và Bệnh Viện (KFH/HP) về tất cả các khoản nợ Kaiser Foundation Health Plan và Bệnh Viện đối với các hàng hóa và dịch vụ y tế không đủ điều kiện theo chương trình (“Số Tiền Còn Lại”).

**Lưu ý:** Khi quý vị không cung cấp bằng chứng chứng minh thu nhập, Kaiser Foundation Health Plan và Bệnh Viện sẽ sử dụng thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng và các nguồn thông tin bên thứ ba khác để xác định tính đủ điều kiện cho các chương trình y tế liên bang, tiểu bang và tư nhân, bao gồm Chương Trình MFA.

Khi gửi đơn đăng ký này, tôi cho phép KFH/HP yêu cầu thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng tiêu dùng và các nguồn thông tin bên thứ ba khác để xác minh bất kỳ thông tin nào được coi là cần thiết được cung cấp trong đơn đăng ký này.

CHỮ KÝ	NGÀY
--------	------

Chúng tôi sẽ thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để xử lý đơn đăng ký của quý vị một cách nhanh chóng và quý vị sẽ nhận được thư xác nhận kết quả sau khi chúng tôi xem xét đơn đăng ký của quý vị.

# 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.