

## 醫療財務補助 (MFA) 計劃

如果您需要協助支付您已經或預定從Kaiser Permanente獲得的保健服務或處方藥，我們的醫療財務補助 (MFA) 計劃可能會為您提供協助。您可以透過填寫並提交申請來申請，包括您的家庭收入資訊。

### 計劃如何運作

- 該計劃提供臨時「補助」，幫助合格的申請人根據其財務需求支付護理費用。
- 它適用於所有Kaiser Permanente患者，無論您是否會員。
- 如果獲得補助，該計劃將承保Kaiser Permanente保健業者或Kaiser Permanente設施在指定時間內提供的急診/緊急或醫療上必要的護理。
- 該補助不適用於在Kaiser Permanente設施外提供和計費的保健服務。

### 如何獲得資格

要獲得資格，您必須符合下列其中一項標準：

1. 您的家庭總收入（稅前和扣除額前的收入）不超過聯邦貧困水平的300%。

### 或者

2. 您在12個月內用於急診或醫療上必要的護理、牙科護理和藥物的自付保健費用等於或超過您家庭總收入的10%。
  - 自付費用包括共付額、共保額和免賠額款項。
  - 自付費用不包括您的保健計劃本身的任何付款，如每月保費。

2024年聯邦貧困指標 (FPG)		
如果您的家庭人數：	月家庭總收入達到或低於聯邦貧困指標 (Federal Poverty Guidelines, FPG) 200%的家庭獲得100%補助	月家庭總收入在聯邦貧困指標 (Federal Poverty Guidelines, FPG) 201%至300%之間的家庭獲得50%補助
1	最高\$2,510	\$2,511至\$3,765
2	最高\$3,407	\$3,408至\$5,110
3	最高\$4,303	\$4,304至\$6,455
4	最高\$5,200	\$5,201至\$7,800
5	最高\$6,097	\$6,098至\$9,145
6	最高\$6,993	\$6,994至\$10,490

請瀏覽[aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty)，以瞭解對於更大家庭的指南。

### 有疑問嗎？

如需瞭解有關符合MFA計劃資格的更多資訊，或查看其支付的保健服務，請瀏覽[kp.org/mfa/mas](https://kp.org/mfa/mas)，致電**1-844-412-0919**（聽障及語障電話專線**711**），或掃描此代碼。

如需瞭解有關健康保險選項的更多資訊，請致電**1-800-479-5764**（聽障及語障電話專線**711**）與我們聯絡。



## 申請方式

如果您符合資格要求，您可以通過以下任何一種方式申請。

 線上	<ul style="list-style-type: none"><li>· 線上填寫MFA申請：<a href="http://kp.org/mfa/mas">kp.org/mfa/mas</a></li><li>· 準備好提供下一頁MFA申請表中列出的所有資訊。</li></ul>
 傳真	<ul style="list-style-type: none"><li>· 填寫下一頁的MFA申請表。</li><li>· 將填寫完整的申請表傳真至<b>1-855-414-1713</b>。</li></ul>
 郵寄	<ul style="list-style-type: none"><li>· 填寫下一頁的MFA申請表。</li><li>· 將填寫完整的申請表郵寄至： Kaiser Permanente MFA Program 2101 East Jefferson Street Rockville, MD 20852</li></ul>
 親自遞交	<ul style="list-style-type: none"><li>· 填寫下一頁的MFA申請表。</li><li>· 將填寫完整的申請表送至任何Kaiser Permanente醫療中心的會員服務部。</li></ul>

**重要事項：**線上、郵寄、傳真或親自遞交申請時，請務必盡可能多地填寫申請表。缺少資訊可能會延遲您的申請處理，並可能導致拒絕提供幫助。

## 需要幫助嗎？

如果您對申請有任何疑問或需要幫助，請致電**1-844-412-0919**（聽障及語障電話專線**711**）聯絡我們，服務時間為週一至週五，東部標準時間上午9:30至下午3:30。您也可以在任何Kaiser Permanente地點諮詢會員服務部代表。

## 收入證明文件

收入核實是確定是否有資格獲得醫療財務補助的一部分。在您填寫完整的申請中附上收入證明文件將有助於在審核過程中確認您收入的準確性。下表列出了根據您的家庭收入來源需要提交的可選文件。

家庭收入來源	根據收入來源僅提供以下其中一項
生意/租金收入	最近的W-2、1099報表或報稅表
工作收入/工資	最近的薪資單 最近的W-2、1099報表或報稅表
已收養老金/退休金/年金收入	最近的薪資單 養老金/退休支出報表 最近的W-2、1099報表或報稅表
自僱工作收入	最近的薪資單 最近的W-2、1099報表或報稅表
社會安全/補充保障收入	社會安全管理局的福利驗證函 社會安全對帳單
失業救濟金/殘疾收入	失業救濟金/殘疾福利驗證函 最近的W-2、1099報表或報稅表
退伍軍人福利收入	VA福利驗證函 最近的W-2、1099報表或報稅表
政府援助（如Medicaid、TANF、SNAP、WIC或低收入住房）	資格批准函
利息或股息收入	最近的報稅表
已收配偶/子女撫養費	顯示每月已收子女撫養費或贍養費總收入的信函
沒有家庭收入	書面證明/說明

## 申請後須知

在我們審查您填寫完整的申請後，我們將在收到後三十（30）天內告知您以下結果之一：

- 如果您的申請獲得批准，您將收到一封通知您獲得財務補助的信函。
- 如果您的申請不完整，您將收到一封信函，解釋處理您的申請所需的資訊。您可以郵寄或親自遞交所需資訊；這可能包括收入證明或自付費用的副本。
- 如果您的申請被拒絕，您將收到一封信函，告知您申請被拒絕的原因，在這種情況下，您可以對我們的決定提出上訴。

**醫療財務補助 (MFA) 計劃申請表**
**第1部分：患者資訊**

姓名		醫療紀錄編號 (選填)	
出生日期	社會安全號碼 (選填)		<input type="checkbox"/> 我沒有社會安全號碼
通訊地址 (街道)			
城市	州	郵遞區號	
患者目前無家可歸嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		主要電話號碼	<input type="checkbox"/> 家庭電話 <input type="checkbox"/> 手機號碼 <input type="checkbox"/> 工作電話 <input type="checkbox"/> 其他
患者是否參加了州級補助計劃，例如補充營養補助計劃 (SNAP)、貧困家庭臨時補助 (TANF)、婦女、嬰兒和兒童 (WIC)、低收入住房或Medicaid？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

**第2部分：家庭資訊**

<b>家庭人數：</b> 住在您家中的家庭成員 (包括您) 人數。可能包括配偶或合格的同居伴侶、子女、非父母照顧者、親戚等。	
<b>家庭收入 (每月)：</b> 所有18歲以上家庭成員的總收入 (稅前和扣除額之前的收入)。請勾選所有適用的收入類型：	
<input type="checkbox"/> 生意/租金收入 <input type="checkbox"/> 社會安全/補充保障收入 <input type="checkbox"/> 工作收入/工資 <input type="checkbox"/> 失業救濟金/殘疾收入 <input type="checkbox"/> 退伍軍人福利收入 <input type="checkbox"/> 已收配偶/子女撫養費 <input type="checkbox"/> 利息或股息收入 <input type="checkbox"/> 已收養老金/退休金/年金收入 <input type="checkbox"/> 自僱工作收入 <input type="checkbox"/> 我家中目前沒有人有收入或在過去2個月內收到收入	
如果所有家庭成員的年總收入為零，請勾選上方和下方的證明框，提供書面解釋，說明家中成年家庭成員如何在沒有收入的情況下養活自己，即食物、住房、水電瓦斯費和其他必需品。	
_____ _____ _____	\$ _____
<b>保健費用：</b> 您在12個月內因Kaiser Permanente或任何其他保健業者提供的急診或醫療必要服務而產生的自付費用總額。可能包括符合資格的醫療、藥局或牙科服務的共付額、押金、共保額或免賠額付款。	\$ _____

請列出您申請醫療財務補助的所有家庭成員。

姓名	出生日期	關係	醫療記錄編號

**是否保險？Kaiser Permanente可以幫助。**如果您沒有醫療保險，我們可以幫助您瞭解您的選擇。如果您希望Kaiser Permanente聯繫您討論您的選擇，請勾選此框，或者您可以致電**1-800-479-5764**（聽障及語障電話專線**711**）聯絡我們，以獲取報價。

是的，請聯繫我

本人特此聲明，本申請中上述所有資訊在各方面均真實、準確且完整。本人也確認並同意，我有責任向Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) 支付因不符合該計劃資格的醫療商品和服務而欠Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals的所有款項（「剩餘金額」）。

**註：**如果未提供收入證明，Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals將使用來自消費者信用報告機構和其他第三方資訊來源的資訊來確定聯邦、州和私人醫療計劃（包括 MFA 計劃）的資格。

提交此申請，即表示我允許KFH/HP向消費者信用報告機構和其他第三方資訊來源索取信息，以驗證此申請表中提供的任何被認為必要的資訊。

簽名	日期
----	----

我們將盡一切合理努力及時處理您的申請，一旦您的申請得到審核，您將收到一封確認結果的信函。

# 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.