

Kaiser Permanente Medical Financial Assistance (MFA) Program

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.

Kaiser Permanente Medical Financial Assistance (MFA) Program

If you need help paying for health care services or prescriptions you've gotten, or are scheduled to get, from Kaiser Permanente, our MFA program may be able to help you.

How the program works

- The program offers temporary “awards” to help qualified applicants pay for care based on their financial needs.
- It's available to all Kaiser Permanente patients, whether you're a member or not.
- If awarded, the program will cover emergency or medically necessary care from Kaiser Permanente providers or at Kaiser Permanente facilities for a specified time period.

How to qualify

You must meet one of the following eligibility requirements:

1. Your gross household income is no more than 400% of the federal poverty level.
2. Your out-of-pocket health care costs for emergency or medically necessary care, dental care, and medication over a 12-month period are equal to or more than 10% of your gross household income.
 - Out-of-pocket costs include copays, coinsurance, and deductible payments.
 - Out-of-pocket costs do not include any payments for your health plan itself, like your monthly premium.

2021 Federal Poverty Guidelines (FPG)			
If your household size is:	100% award for annual gross household income at or below 300% of FPG	50% award for annual gross household income between 301% and 350% of FPG	25% award for annual gross household income between 351% and 400% of FPG
1	\$38,640	\$38,641 to \$45,080	\$45,081 to \$51,520
2	\$52,260	\$52,261 to \$60,970	\$60,971 to \$69,680
3	\$65,880	\$65,881 to \$76,860	\$76,861 to \$87,840
4	\$79,500	\$79,501 to \$92,750	\$92,751 to \$106,000
5	\$93,120	\$93,121 to \$108,640	\$108,641 to \$124,160
6	\$106,740	\$106,741 to \$124,530	\$124,531 to \$142,320

Visit aspe.hhs.gov/poverty to find the guidelines for larger households.

Have questions?







For more information about qualifying for the MFA program, or to see which health care services it pays for, visit www.kp.org/mfa/nw.

If you don't have health insurance, you may be required to apply for it.

- Because the MFA program only provides temporary financial awards, we may require you to apply for coverage that will cover you in the long term. This could include any other public or private health programs you're eligible for — like Medicaid or subsidized plans available on the health insurance marketplaces.
- We may ask you to show proof that you've applied to these programs, or that you've been approved or denied by them. But you may still be able to get financial help from the MFA program while waiting for a decision from these other programs.
- If you don't have health care coverage and would like more information, call us at 1-800-479-5764 (for TTY, call 711) to learn more about your coverage options.

How to apply

If you meet the eligibility requirements, you can apply in any of these ways.

 Online	<ul style="list-style-type: none"> • Complete the MFA application online www.kp.org/mfa/nw • Be prepared to provide all the information listed on the MFA application on the next page.
 Meet with a financial counselor	<ul style="list-style-type: none"> • Schedule an appointment with a financial counselor at one of our designated facilities, Monday through Friday, 8:30 a.m. to 5:00 p.m. PST. • Be prepared to provide all the information listed on the MFA application on the next page.
 Call us	<ul style="list-style-type: none"> • Call us at 1-800-813-2000 (TTY 711), Monday through Friday, 8:30 a.m. to 5:00 p.m. PST. • Be prepared to provide the information listed on the MFA application on the next page.
 Mail it	<ul style="list-style-type: none"> • Complete the MFA application on the following page. • Mail your completed application to: Kaiser Permanente MFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232
 Fax it	<ul style="list-style-type: none"> • Complete the MFA application on the following page. • Fax your completed application to 877-829-3547.
 Drop it off	<ul style="list-style-type: none"> • Complete the MFA application on the following page. • Drop off your completed application at the Financial Counseling Office or Member Services Department at any Kaiser Permanente facility.

Important: When applying by mail or fax, or dropping off your application in person, please be sure to fill out the application as much as you can. Any missing information may delay the application process.

What to expect after you apply

After we review your completed application, we'll let you know one of the following outcomes:

- Your application was approved and you'll get a financial award.
- To complete your application, we need additional information or paperwork, which you can send us in the mail or drop off in person; this could include proof of income or copies of your out-of-pocket expenses.
- Your application was denied and why it was denied, in which case you can appeal our decision.

Need help?

If you have any questions or need help with your application, please call **1-800-813-2000 (TTY 711)**, Monday through Friday, 8:30 a.m. to 5:00 p.m. PST. You can also talk to a financial counselor at any Kaiser Permanente location.

Medical Financial Assistance (MFA) Program application

Name: _____ Medical record #: _____

Date of birth: ____/____/____ Contact #: (____) _____ SSN: _____ - _____ - _____

Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP code: _____

Household size: Number of family members (including you) who live in your home. May include a spouse or qualified domestic partner, children, a non-parent caretaker relative, etc.

Household income (monthly): Total gross income for all family members in the household. Check ALL income types that apply:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Employment Income/Wages | <input type="checkbox"/> Alimony/Child Support |
| <input type="checkbox"/> Business Income/Rental Property | <input type="checkbox"/> Pension or Retirement/Annuities |
| <input type="checkbox"/> Unemployment Benefits/
Disability Income | <input type="checkbox"/> Social Security/Supplemental
Security Income/Veterans Benefits |

Health care costs: Total out-of-pocket expenses you had over a 12-month period for emergency or medically necessary services provided by Kaiser Permanente or any other health care provider. May include copays, deposits, coinsurance, or deductible payments for eligible medical, pharmacy, or dental services.

Please list all members of your household applying for the program.

Name	Date of birth	Relationship	Medical record #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Uninsured? Kaiser Permanente can help. If you do not have health care coverage, we can help you understand your options. Check this box if you would like Kaiser Permanente to contact you to discuss your options.

 Yes, contact me

I hereby declare under penalty of perjury that all information set forth above in this application is true and accurate in all respects. I also acknowledge and agree that I am liable to Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals for all amounts owing to Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals for medical goods and services that are not eligible under the Program (the "Remaining Amounts").

Signature: _____ Date: _____

Note: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals reserves the right to use information from consumer credit reporting agencies and other third-party information sources to determine eligibility for federal, state, and private medical programs, including the MFA Program.

Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA) de 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.

Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA) de Kaiser Permanente

Si necesita ayuda para pagar por los servicios de atención médica o los medicamentos recetados que recibió, o que está programado que reciba, por parte de Kaiser Permanente, nuestro programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (Medical Financial Assistance, MFA) podría ayudarle.

Cómo funciona el programa

- El programa ofrece “asignaciones” temporales para ayudar a los solicitantes que reúnan los requisitos a pagar por la atención médica con base en sus necesidades financieras.
- Está disponible para todos los pacientes de Kaiser Permanente, sin importar si son miembros o no.
- Si se le concede la asignación, el programa cubrirá la atención necesaria desde el punto de vista médico o de emergencia que reciba por parte de los proveedores de Kaiser Permanente o en los centros de atención de Kaiser Permanente por un periodo específico.

Cómo reunir los requisitos

Debe cumplir uno de los siguientes requisitos de elegibilidad:

1. Su ingreso familiar bruto no supera el 400% del nivel federal de pobreza.
2. Los gastos de su bolsillo por atención médica necesaria desde el punto de vista médico o de emergencia, atención dental y medicamentos durante un periodo de 12 meses son iguales o superiores al 10% de su ingreso familiar bruto.
 - Los gastos de su bolsillo incluyen los copagos, coseguros y pagos de deducibles.
 - Los gastos de su bolsillo no incluyen los pagos por su propio plan de salud, como las primas mensuales.

Pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) de 2021			
Si el tamaño de su grupo familiar es:	Asignación del 100% si el ingreso familiar bruto anual es igual o inferior al 300% de las FPG	Asignación del 50% si el ingreso familiar bruto anual está entre el 301% y el 350% de las FPG	Asignación del 25% si el ingreso familiar bruto anual está entre el 351% y el 400% de las FPG
1	\$38,640	\$38,641 a \$45,080	\$45,081 a \$51,520
2	\$52,260	\$52,261 a \$60,970	\$60,971 a \$69,680
3	\$65,880	\$65,881 a \$76,860	\$76,861 a \$87,840
4	\$79,500	\$79,501 a \$92,750	\$92,751 a \$106,000
5	\$93,120	\$93,121 a \$108,640	\$108,641 a \$124,160
6	\$106,740	\$106,741 a \$124,530	\$124,531 a \$142,320

Visite aspe.hhs.gov/poverty (en inglés) para consultar las pautas para grupos familiares más grandes.

¿Tiene alguna pregunta?







Para obtener más información sobre cómo reunir los requisitos para el programa de MFA o para consultar qué servicios de atención médica paga por usted este programa, visite kp.org/mfa/nw (en inglés).

Si no tiene seguro médico, tal vez sea necesario que solicite uno.

- Debido a que el programa de MFA proporciona asignaciones financieras temporales, es posible que le pidamos que solicite una cobertura a largo plazo. Esto podría incluir cualquier otro programa de salud público o privado para el que sea elegible, como Medicaid, o los planes subsidiados disponibles en los mercados de seguros médicos.
- Es posible que le pidamos que nos muestre el comprobante de que ha presentado una solicitud para estos programas o de que su solicitud ha sido aprobada o denegada por los mismos. Sin embargo, podrá continuar recibiendo ayuda financiera del programa de MFA mientras espera a que estos programas tomen una decisión.
- Si no tiene cobertura de atención médica y le gustaría obtener más información, llámenos al 1-800-479-5764 (para TTY, llame al 711) para conocer más sobre las opciones de cobertura.

Cómo presentar una solicitud

Si cumple los requisitos de elegibilidad, puede presentar su solicitud de cualquiera de las siguientes formas.

 En línea	<ul style="list-style-type: none">• Complete la solicitud de MFA en línea en www.kp.org/mfa/nw (en inglés).• Esté listo para proporcionar toda la información que se menciona en la solicitud de MFA en la siguiente página.
 Reúnase con un asesor financiero	<ul style="list-style-type: none">• Programe una cita con un asesor financiero en uno de nuestros centros de atención designados, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., Hora Estándar del Pacífico (PST).• Prepárese para proporcionar toda la información que se menciona en la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.
 Llámenos	<ul style="list-style-type: none">• Llámenos al 1-800-813-2000 (línea TTY 711), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., PST.• Prepárese para proporcionar la información que se menciona en la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.
 Por correo postal	<ul style="list-style-type: none">• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.• Envíe su solicitud completa por correo postal a: Kaiser Permanente MFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232
 Por fax	<ul style="list-style-type: none">• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.• Envíe por fax su solicitud completada al 877-829-3547.
 Entréguela en persona	<ul style="list-style-type: none">• Complete la solicitud de MFA que se encuentra en la siguiente página.• Entregue su solicitud completada en la Oficina de Asesoramiento Financiero o en el Departamento de Servicio a los Miembros de cualquier centro de atención de Kaiser Permanente.

Importante: Al realizar la solicitud por correo o fax, o al entregarla en persona, asegúrese de llenarla de la forma más completa posible. Si falta alguna información se podría retrasar el proceso de solicitud.

Qué esperar después de realizar la solicitud

Después de que revisemos su solicitud completada, le comunicaremos uno de los siguientes resultados:

- Su solicitud fue aprobada y recibirá una asignación financiera.
- Para completar su solicitud, necesitamos información o documentos adicionales, los cuales puede enviar por correo postal o entregarlos en persona; estos pueden incluir comprobantes de ingresos o copias de los gastos pagados de su propio bolsillo.
- Su solicitud fue denegada y se le explicará por qué fue denegada, en cuyo caso podrá apelar nuestra decisión.

¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con su solicitud, llame al **1-800-813-2000** (línea TTY **711**), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., PST. También puede hablar con un asesor financiero en cualquier centro médico de Kaiser Permanente.

Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

Nombre: _____ N.º de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de contacto: (____) _____

Número de seguro social: _____-_____-_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tamaño del grupo familiar: número de miembros de la familia (incluido usted) que viven en su hogar. Esto puede incluir a su cónyuge o pareja doméstica calificada, hijos, familiares encargados de los cuidados que no sean los padres, etc.

Ingreso familiar (mensual): ingreso bruto total por todos los miembros de la familia en el hogar. Marque TODOS los tipos de ingresos que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingresos laborales/salarios | <input type="checkbox"/> Manutención/pensión alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por negocios/
renta de propiedades | <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación/rentas vitalicias |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo/
ingresos por discapacidad | <input type="checkbox"/> Seguro social/ingreso de seguro
suplementario/beneficios para veteranos |

\$ _____

Costos de atención médica: los gastos pagados de su propio bolsillo totales que ha tenido en un periodo de 12 meses por los servicios necesarios desde el punto de vista médico o de emergencia proporcionados por Kaiser Permanente o cualquier otro proveedor de atención médica. Esto puede incluir copagos, depósitos, coseguros o pagos de deducibles de servicios médicos, dentales o de farmacia elegibles.

\$ _____

Mencione a todos los miembros de su hogar que van a presentar una solicitud para el programa.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	N.º de historia clínica
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

¿No tiene seguro? Kaiser Permanente puede ayudarle. Si no tiene cobertura de atención médica, podemos ayudarle a comprender sus opciones. Marque esta casilla si desea que Kaiser Permanente se comunice con usted para hablar sobre sus opciones.

Sí, comuníquense conmigo

Por el presente, declaro bajo protesta de decir verdad que toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera y precisa en todos los aspectos. Doy mi consentimiento y también reconozco y acepto que soy responsable de pagar a Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals todos los montos adeudados a Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals por servicios y artículos médicos que no sean elegibles conforme al Programa (es decir, los "Saludos").

Firma: _____ Fecha: _____

Nota: Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals se reservan el derecho de utilizar la información de las agencias de informes de crédito de los consumidores y de otras fuentes de información para determinar la elegibilidad para los programas médicos federales, estatales y privados, incluido el Programa de MFA.