

## 申請優惠付款計劃

必須符合以下條件才有資格申請優惠付款計劃：

- 必須沒有參保且不符合其他公共計劃的資格，例如Medi-Cal、Healthy Families等。
- 家庭收入必須介於聯邦貧困線的百分之351至400
- 您所接受的保健必須具有醫療上的必要性，且必須由Kaiser Permanente醫院或醫護人員提供。
- 必須滿足本手冊「申請醫療財務補助計劃(MFAP)」一節列出的所有證明文件要求。

**KAISER PERMANENTE保留修改或取消補助的權利。**



## KAISER PERMANENTE

# Medical Financial Assistance Program (MFAP 醫療財務補助計劃) 及 Discount Payment Program (優惠付款計劃)

支付醫療服務費用時，如果您需要協助，可以申請Kaiser Permanente醫療財務補助計劃或優惠付款計劃。請使用本手冊來判斷您是否符合資格，同時申請財務補助。

醫療財務補助計劃與優惠付款計劃均由Kaiser Permanente為所有病人酌情提供，來支付必要的醫療服務。這些服務必須由Kaiser Permanente醫院或醫師診所及必須由Kaiser Permanente醫護人員提供。您還必須在獲得所要求之服務後六個月之內提出申請。

醫療財務補助計劃可以協助支付在Kaiser Permanente藥房所領取之藥物的全部費用或共付額。如果您享有Medicare (聯邦醫療) D部分的保障，且沒有獲得聯邦醫療的Limited Income Subsidy (LIS 低收入補貼)優惠，則可使用本申請表來申請免繳藥費。

### 請將申請表提交至以下地址：

#### Medical Financial Assistance Program and Discount Payment Program

PO Box 30006  
Walnut Creek, CA 94598

電話：1-866-399-7696  
傳真：1-800-687-9901

辦公時間：週一至週五上午8時至下午5時

## 申請醫療財務輔助計劃(MFAP)

必須符合以下條件才有資格申請醫療財務輔助計劃：

**其他付款單位**— 在申請醫療財務輔助計劃的同時，您還必須向符合相關資格的任何公私立醫療財務輔助單位提出申請，例如Medi-Cal或Healthy Families。您可能必須提交您向這些單位申請的證明文件，或是他們核准或拒絕您申請的文件。在等待上述相關決定上述期間，您可能合資格獲得醫療財務輔助計劃。

**收入**— 您的家庭收入必須等於或低於Federal Poverty Guidelines (FPG 聯邦貧困線) 百分之350。如果您不符合醫療財務輔助計劃資格，但收入等於或低於聯邦貧困線) 百分之400，可以申請優惠付款計劃。

**保健類型**— 您所接受的保健必須具有醫療上的必要性，且必須由Kaiser Permanente醫院或醫護人員收取這些服務的費用。

**特殊情況**— 如果您要支付異常高額的醫藥費或遇到了重大不幸事件，則不論您是否符合上述家庭收入要求，均可以申請特殊情況下的醫療財務輔助計劃。要符合資格，您需要提供過去12個月的收入證明文件和自付醫療費用副本，以證明這些支出相當於或超過您年度總收入的百分之十。

在下列條件下，您必須在特殊情況下提出申請：

- 您是Kaiser Permanente自付HMO計劃會員。
- 您要申請的是耐用醫療設備或獲得專業療養院服務（此時，您提出申請時還必須由Kaiser Permanente醫師轉介）。

**請注意：**並非所有醫療費用均有資格申請醫療財務輔助計劃。例外情況包括但不限於：保費與應付欠款、非Kaiser Permanente的服務、生活服務、視力與聽力輔助用具、醫療耗材與非耐用用品的支出、服務或高風險服務、健康教育課、交通、成藥、可取得非品牌藥物時使用品牌藥物，以及生活醫療（受孕、美容等）的費用。

## 所需證明文件：

- 薪資單及本年積累今(YTD)收入的複本。如果未列出本年積累收入，請提供兩份連續薪資單的複本；**或**
- 帶有電子送件憑證或簽章的最近聯邦退稅證明複本（包括所有頁和表格）；**或**
- 其他可證明收入的文件副本，例如殘障證明、社會安全局或失業管理單位的書信或贍養費/子女撫養費證明；**或**
- 如果您沒有收入，請提供能說明您在生活上接受支援的證明信函；**以及**
- 要求提供的其他任何文件。

我們不會退還文件，因此請確定您所寄出的文件只是影本而非正本。如果申請遭拒，您還有機會對相關決定提出申訴。可能要提供糾正過的文件和/或其他文件，以支持您提出的申訴要求。

在聯邦醫療 D 部分所承保的藥物範圍下，醫療財務輔助計劃可能包括Kaiser Permanente藥房對會員藥物共付款項的豁免。

(轉至背面)

家庭規模：	年收入為聯邦貧困線百分之300且等於：	年收入為聯邦貧困線百分之350且等於：	年收入為聯邦貧困線百分之400且等於：
1	\$32,670	\$38,115	\$43,560
2	\$44,130	\$51,485	\$58,840
3	\$55,590	\$64,855	\$74,120
4	\$67,050	\$78,225	\$89,400

# 申請表

## 申請人

病人姓名：\* \_\_\_\_\_

醫療記錄號號：\* \_\_\_\_\_

地址：\* \_\_\_\_\_

市，州，郵遞區號：\* \_\_\_\_\_

社會安全號碼： \_\_\_\_\_

電話號碼：\* \_\_\_\_\_

出生日期：\* \_\_\_\_\_

婚姻狀況：  已婚  離異

喪偶  單身  同居

是否要考慮為您的配偶或同居伴侶申請財務補助？

是/Yes 否/No

配偶/同居伴侶資料：

病人姓名：\* \_\_\_\_\_

醫療記錄號號：\* \_\_\_\_\_

社會安全號碼： \_\_\_\_\_

出生日期：\* \_\_\_\_\_

家庭規模（包括您自己、您的配偶或同居伴侶以及所有受養人）：\* \_\_\_\_\_

請列出由您提供財務支援的所有家庭成員。\*

（需要考慮為受養人申請財務補助，其姓名旁邊勾選其方格）。

受養人姓名 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_  
醫療記錄號碼 \_\_\_\_\_  
社會安全號碼 \_\_\_\_\_

受養人姓名 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_  
醫療記錄號碼 \_\_\_\_\_  
社會安全號碼 \_\_\_\_\_

受養人姓名 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_  
醫療記錄號碼 \_\_\_\_\_  
社會安全號碼 \_\_\_\_\_

您接受服務的醫療機構：\*

\_\_\_\_\_

\*必填項

就業情況：\*

目前是否已就業？  是  否

配偶/同居伴侶是否已就業？  是  否

## A部分：目前月總收入（必須報告全部家庭收入。）

如果家庭收入為零，申請時必須提交一封信函，說明財務狀況。

誰是家庭收入主要來源者？（勾選一項）	<input type="checkbox"/> 病人	<input type="checkbox"/> 配偶/其他
每月薪資/工資總額（稅前）	\$ _____	\$ _____
現金收入（不含贈與）	\$ _____	\$ _____
社會安全福利總額	\$ _____	\$ _____
其他收入：	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> 失業救濟金	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> 州府殘障救助金	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> 贍養費或子女撫養費	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> 退休金	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> 物業出租收入	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> 其他來源（請說明）	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
月收入合計：	\$ _____	\$ _____

## B部分：醫療費用

（如果家庭收入超過在或在特殊情況下提出申請，則必須填寫此部分。必須提供收據和/或詳細發票。）

過去12月內應繳而未繳或已付的醫療費自付額：

醫院就診或門診： \$ \_\_\_\_\_

處方藥： \$ \_\_\_\_\_

其他費用（請說明）： \$ \_\_\_\_\_



**C部分：MEDI-CAL篩檢** (如果目前沒有參加 Medi-Cal，則必須填寫此部分。)

如果您已申請 Medi-Cal，且最近收到核准、拒絕或未決定的書信，請連同填妥的醫療財務補助計劃申請書一併提交。

如果對下列任何一條問題的回答「是」，請洽 聯絡 當地所屬郡縣的Social Security Office (社會安全辦事處)。

- 您是否不足21歲或超過65歲? ..... 是/Yes 否/No
- 您是否已參加聯邦補助金 (Supplemental Security Income, 簡稱SSI) /州政府補助計劃 (State Supplemental Payment, 簡稱SSP) 或社會安全殘障保險 (Security Disability Insurance)? ..... 是/Yes 否/No
- 您是否已參加CalWorks (AFDC)、難民現金補助計劃 (Entrant or Refugee Cash Assistance, 簡稱ECA/RCA)、寄養或領養補助計劃或居家照護服務 (In-home Support Services, 簡稱IHSS)? ..... 是/Yes 否/No
- 您是否法定盲人? ..... 是/Yes 否/No
- 您是否永久殘障人士? ..... 是/Yes 否/No
- 您是否懷孕, 或在過去三個月內曾懷孕? ..... 是/Yes 否/No
- 您是否被診斷有乳癌、子宮頸癌或前列腺癌? ..... 是/Yes 否/No
- 您是否被轉往專業療養院或過渡護理院? ..... 是/Yes 否/No
- 您家中是否有未滿21歲的孩子 (包含未出生或領養的孩子)? ..... 是/Yes 否/No
  - 如果回答「是」: 孩子的父親或母親是否已離開或已過世? ..... 是/Yes 否/No
  - 孩子的父親或母親是否永久殘障? ..... 是/Yes 否/No
  - 家庭收入主要來源者是否已失業或每月工作時間不到100個小時? ..... 是/Yes 否/No

**D部分：低收入補貼 (LOW INCOME SUBSIDY, 簡稱LIS) 篩檢** (僅限Medicare D部分受益人填寫。)

如果您是收入或資源有限的聯邦醫療 D部分受益人，則可能有資格領取額外救助金，以支付處方藥費。低收入補貼向需要支付月保費、年自付額、處方藥物共同保險額和共付額以及相關醫療費用的合資格聯邦醫療D部分受益人提供財務補助。

- 您是否已參加聯邦醫療 存款計劃(QMB, SLMB, QI), 由州府支付聯邦醫療保費? ..... 是/Yes 否/No
- 如果您是單身, 您的年收入是否等於或低於\$16,245? 如果您已婚並與配偶同住, 您的年收入是否等於或低於\$21,855? ..... 是/Yes 否/No
- 如果您是單身, 您擁有的資源或資產 (例如存款帳戶或投資) 總值是否等於或低於\$12,640? 如果您已婚且與配偶同住, 您擁有的資源或資產總值是否等於或低於\$25,260? ..... 是/Yes 否/No

如果您已申請聯邦醫療低收入補貼，且最近收到拒絕或未決定的書信，請將書信的複本連同MFAP申請表一併提交。

**E部分：沒有收入證明文件**

如果您沒有收入證明文件，只要符合以下任何一個條件，並在本申請表中簽名宣誓，即可滿足收入證明要求：

- 我沒有從僱主處收到正式的薪資單。
- 我沒有收入。(勾選本項者必須提供一份書面說明，說明財務狀況。)
- 我無須提交最近報稅年度的聯邦或州報稅單。

**F部分：財務同意書和信用報告授權書** (必須簽名。)

我在此聲明，如有違反以下原則，願受偽證罰責：  
(i) 本申請表中的上述所有資訊，在所有方面均真實正確，且附件均確實為正本的複本；或(ii) 我無法提供收入證明相關文件或其他收入證明文件。我授權 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 和/或其子公司的員工和代理人調查並驗證我所提供的資訊，包括就業與信用記錄，以判斷我是否符合參加醫療財務補助計劃與優惠付款計劃 (合稱「計劃」) 的資格。我還承認並同意，我應向KFHP支付計劃不承保的KFHP醫療用品與服務的任何或全部金額 (合稱「餘額」)。

我們在下方共同簽名，即表示承諾、陳述與授權前一段所提內容，包括授權並允許KFHP員工與代理人調查並驗證我們的個人和聯合信用與就業記錄。我們還承認並同意，對要支付給Kaiser Permanente的餘額承擔連帶責任 (即，我們每人均對KFHP積欠餘額，且KFHP可向我們其中一人或兩人收取總額未超過餘額的費用)。

申請人/監護人簽名/ Signature of Applicant/Guardian \_\_\_\_\_

日期/ Date \_\_\_\_\_

申請人/監護人的配偶簽名/ Signature of Spouse of Applicant/Guardian \_\_\_\_\_

日期/ Date \_\_\_\_\_

**對您的申請作出最終決定後，我們會將裁決結果按文檔上登記的地址寄給您。**