



Asistencia financiera con fines
médicos del área del sur de Colorado



KAISER PERMANENTE®

Medical Financial Assistance

Usted podría ser elegible para un programa

Como plan de seguro médico sin fines de lucro, Kaiser Permanente se esfuerza por apoyar a nuestros pacientes, y en algunos casos, eso significa encontrar programas de asistencia para servicios médicos a pacientes elegibles en necesidad. Usted podría ser elegible para un programa de asistencia médica del gobierno o un programa de asistencia financiera patrocinado por Kaiser Permanente.

Programa de asistencia financiera con fines médicos

Este es un programa de Kaiser Permanente que se basa en la disponibilidad de fondos para proveer asistencia financiera para servicios médicamente necesarios en las clínicas de Kaiser Permanente y/o proveedores bajo contrato en su área*.

Para solicitar asistencia financiera, usted debe llenar y enviar la solicitud adjunta y reunir los siguientes criterios de elegibilidad:

- Aparte de su solicitud para el programa MFA, usted debe tener acceso o solicitarlo a otros programas de asistencia fuera de Kaiser Permanente para los que es elegible, tales como Medicaid o el programa Medicare Low-Income Subsidy (subsidio para persona con bajos ingresos). Como parte de su solicitud para el programa MFA, podría requerírsele que presente documentación de la solicitud, aprobación, o rechazo de cualquiera de los recursos externos a los que presentó una solicitud.
- Si usted no cumple el criterio sobre ingresos económicos para obtener asistencia financiera, pero tiene costos médicos inusualmente altos o sufre un incidente catastrófico, también podría ser elegible.

de asistencia financiera con fines médicos.

Documentación requerida:

- Copias de dos talones de pago salarial más recientes de todos los miembros adultos de su hogar (los talones de pago deben incluir un total acumulado a la fecha del año en curso, de todos los miembros de 18 años de edad y mayores).
- Copias de las declaraciones de impuesto federal o estatal firmadas más recientes de su hogar.
- Copias de otros documentos para verificar los ingresos del hogar. Esto incluye de manera enunciativa más no limitativa, a cartas de Office of Disability (oficina de discapacidad), Office of Social Security (oficina del seguro social), o de una oficina de desempleo.
- Copias de dos estados de cuentas bancarias más recientes de todas las cuentas de cheque, ahorro, o inversión, en las que las personas adultas en su hogar sean titulares.
- Información de todas las viviendas que sean de propiedad actualmente de cualquier miembro adulto de su hogar

Favor de enviar fotocopias solamente. No se devolverán las copias y/u originales.

NOTA: Si usted tiene actualmente un saldo en una cuenta de ahorros para la salud, usted no será elegible para obtener asistencia financiera y no necesita llenar esta solicitud.

*Por ejemplo: Las visitas continuas al consultorio y los medicamentos con receta. Para mayor información acerca de qué servicios médicos están cubiertos bajo este programa, llame al Departamento de Asistencia Financiera para fines Médicos al 1-866-899-6018 ó 1-800-659-2656 (TTY para personas sordas, con impedimentos auditivos o del habla), de lunes a viernes, de 8 a.m. – 5 p.m.

SOLICITUD

Cada solicitante de asistencia financiera debe llenar todos los espacios en blanco y enviar la solicitud por separado. Si le aprobaron la solicitud en el pasado, debe esperar 12 meses después de la fecha en que se otorgó la última aprobación para volver a presentar la solicitud.

¿Cómo se enteró de este programa?

- ☐ Consultorio del médico: _____
- ☐ Clínica de Kaiser Permanente: _____
- ☐ Otro: _____

Llene toda la información.

Nº de identificación de expediente médico de Kaiser Permanente: _____

Nombre: _____

Teléfono principal: _____

Dirección: _____

De ser el caso, representante legal/padre o madre

¿Está bien dejar mensajes? ____Sí ____No

Servicios solicitados: Llene todos los espacios en blanco

__Visitas a la clínica (una sola visita o visitas regulares)

__Medicamentos recetados

Otro: _____

Situación laboral

SOLICITANTE:

¿Trabaja actualmente? ____Sí ____No

¿Tiene alguna discapacidad? ____Sí ____No

¿Ha solicitado Medicaid? ____Sí ____No

NOTA: Favor de enviar una solicitud por separado por cada solicitante.

Permanente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Otro teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Su idioma preferido: _____

anco según corresponda.

OTRO MIEMBRO DEL HOGAR:

¿Trabaja actualmente? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

OTRO MIEMBRO DEL HOGAR:

¿Trabaja actualmente? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Ingreso mensual de la familia

Incluya a todos los miembros adultos del hogar (lo cual se define como toda persona mayor de 18 años de edad, que vive en su hogar, y no paga un alquiler mensual al jefe del hogar). Debe proporcionar documentación financiera de todos los otros miembros del hogar para determinar el ingreso familiar total. El no cumplir con presentar toda la documentación familiar financiera podría retrasar el proceso de su solicitud.

Fuente de ingreso mensual SOLICITANTE

(ejemplo) \$ 800

Salario/sueldo \$ _____

Manutención conyugal/
pensión de manutención
para menores \$ _____

Ingreso por jubilación \$ _____

Ingreso de alquiler de
una segunda propiedad \$ _____

Seguro social/SSI/SSDI* \$ _____

Otro \$ _____

INGRESO BRUTO MENSUAL \$ _____

La documentación completa se define como los talones de pago de los últimos dos meses con un total acumulado a la fecha del año en curso de todos los miembros adultos del hogar, y los documentos de declaración de impuestos federales y estatales correspondientes al año más reciente.

¿Cuántas personas mayores de 18 años viven en su hogar? _____

¿Cuántas personas menores de 18 años viven en su hogar? _____

Otro miembro del hogar	Otro miembro del hogar
\$ _____200_____	\$ _____1,200_____
\$ _____	\$ _____
\$ _____	\$ _____
\$ _____	\$ _____
\$ _____	\$ _____
\$ _____	\$ _____
\$ _____	\$ _____
\$ _____	\$ _____

*SSI es el ingreso proveniente del seguro social.
SSDI es el ingreso de discapacidad proveniente del seguro social.

Activos actuales de la familia

Incluye todos los activos de “otros” miembros del hogar así como el de los solicitantes. Se deberá proveer toda la documentación financiera para determinar los activos totales de la familia. El no cumplir con presentar toda la documentación familiar financiera podría retrasar el proceso de su solicitud. **La documentación completa se define como los comprobantes de los dos últimos meses, con todas las páginas sin alterar y con el logotipo de la institución financiera claramente impreso en los documentos de todos los miembros adultos del hogar.**

Llene la información a continuación con el saldo de la cuenta correspondiente.

Cuentas de activos actuales SOLICITANTE

(ejemplo) \$ 800

Cuenta de cheques \$ _____

Cuenta de ahorros \$ _____

CD (Certificado de depósito) \$ _____

Acciones y fondos de inversión \$ _____

Seguro de vida con valor en efectivo \$ _____

Otro \$ _____

TOTAL DE ACTIVOS ACTUALES \$ _____

¿Es usted dueño de propiedades en las que no resida? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", favor de adjuntar la documentación que sustente el valor:
\$ _____

¿Es titular de propiedades en alquiler? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", favor de adjuntar la documentación que sustente el valor:
\$ _____

Otro miembro
del hogar

\$ _____200_____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Otro miembro
del hogar

\$ _____1,200_____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____



Gastos médicos mensuales promedio del solicitante

- Medicamentos con receta
- Visitas a la clínica
- Otro
- Prima de seguro médico (su porción de pago)

Acuerdo financiero y autorización para obtener un informe crediticio

Por medio de la presente, usted garantiza la veracidad de la información presentada en esta solicitud y autoriza a nuestros empleados y agentes a investigar y verificar cualquier información que nos haya proporcionado. Los requisitos de elegibilidad incluyen los ingresos, los activos, y los gastos médicos existentes. Mediante su firma a continuación, usted concede su permiso a Kaiser Permanente para obtener un informe crediticio de una o más agencias de información crediticia del consumidor. Usted reconoce que recibió una copia de este acuerdo y promete pagar todas las cantidades adeudadas por el solicitante que estén cubiertas en virtud de sus términos. Las solicitudes incompletas tendrán como consecuencia un retraso en el procesamiento. Se le notificará al solicitante/representante legal por correo o teléfono, si se aprueba o rechaza la solicitud.

Firma del solicitante/tutor legal	Fecha
-----------------------------------	-------

Firma de “otro” miembro del hogar	Fecha
-----------------------------------	-------

\$ _____
\$ _____
\$ _____
\$ _____

Envío de solicitud

Favor de enviar la solicitud llenada con toda la documentación apropiada que la sustente a:

**Kaiser Permanente Colorado
Medical Financial Assistance Department
Post Office Box 378066
Denver, Colorado 80237**

Si tiene preguntas o necesita asistencia en referencia a esta solicitud, llame al **1-866-899-6018** ó **1-800-659-2656** (TTY), de lunes a viernes, 8 a.m. – 5 p.m.

Apelaciones

Si su solicitud fue rechazada, usted puede apelar la decisión. Puede obtener un formulario de apelación al rechazo, llamando al **1-866-899-6018** ó **1-800-659-2656** (TTY), de lunes a viernes, 8 a.m. – 5 p.m. Envíe el formulario llenado a *Medical Financial Assistance Department* a la dirección indicada arriba. Recibirá una respuesta dentro de 30 días.





El personal MFA de Kaiser Permanente llenará esta sección:

Additional Patient Information:

SSN:

KP group#:

Coverage type:

Medicare LIS:

Case Details:

Open Notes:

Referred to:

Disposition MFAP case entry: _____

Total award amount: _____

Pharmacy award amount: _____

Case closed in MFAP:

(signature & date) _____

If approved, entry into HC:

(signature & date) _____