

# EL PROGRAMA DE KAISER PERMANENTE

EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ES DEL  
1 DE NOVIEMBRE AL 15 DE ENERO



*El Programa Kaiser Permanente proporciona un seguro médico integral para personas que no tienen seguro, son elegible por sus ingresos y si son clientes activos de NFCC, ofreciendo ayuda para pagar un plan de Kaiser Permanente para Individuos y Familias (KPIF).*

Kaiser subsidiará la prima mensual completa desde la inscripción hasta el 31 de diciembre del año de inscripción (2025). (Los suscriptores pueden volver a aplicar anualmente a discreción de Kaiser Permanente si continúan cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del programa). La cobertura bajo el plan de salud KPIF incluye servicios preventivos, hospitalización, farmacia integral y más. Cuando eres aceptado en el Programa Puente, te inscribes en el plan KP GA Gold 500 Ded/500 Rx Ded o en el plan KP GA Signature Gold 500 Ded/500 Rx Ded para tu cobertura de salud.

También recibes ayuda financiera de las dos siguientes maneras:

- Kaiser Permanente subsidiará la prima mensual, por lo que no tendrás un pago mensual.
- No pagas costos de bolsillo por la mayoría de los servicios cubiertos que recibas en las oficinas médicas de Kaiser Permanente. (Si recibes atención en otro lugar que no sea Kaiser Permanente, en la mayoría de los casos, deberás pagar los copagos o costos de bolsillo por tu cuenta).

Tú y tu familia pueden calificar para recibir cobertura de atención médica bajo el Programa si cumplen con los siguientes requisitos de elegibilidad:

- El solicitante principal debe estar inscrito activamente con un socio comunitario participante, por ejemplo, recibiendo servicios de NFCC.

(continúa en la página siguiente)

- El solicitante principal y los dependientes que apliquen deben vivir en un hogar con un ingreso que no supere el 100% del nivel de pobreza federal. (El hogar incluye al solicitante, cónyuge/pareja de hecho y dependientes).

<u>Tamaño de la familia</u>	<u>Ingreso Bruto Mensual</u>	<u>Ingreso Bruto Anual</u>
1	\$1,255	\$15,060
2	\$1,703	\$20,440
3	\$2,152	\$25,820
4	\$2,600	\$31,200
5	\$3,048	\$36,580
6	\$3,497	\$41,960
7	\$3,945	\$47,340
8	\$4,393	\$52,720

*Para familias con mas de 8 personas, agregaremos \$5,380 por cada persona adicional en el hogar.*

- El solicitante principal y todos los dependientes solicitantes no pueden ser elegibles para otra cobertura de salud pública o privada, entre los que podemos mencionar Medicaid, PeachCare for Kids, Medicare, un plan asequible basado en el empleo o ayuda financiera a través de Georgia Acces.
- Todos los hijos dependientes deben ser menores de 26 años.

*ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-865-5813 (TTY: 711).*

**El período de inscripción se extiende del 1 de noviembre al 15 de enero, pero recomendamos presentar la solicitud de inmediato si califica.**

**SIGUIENTE PASO:**

Si es elegible, [haga clic aquí](#) o haga clic en el código QR para completar el formulario de interés. Si califica para el programa, nos comunicaremos con usted para programar **una cita de administración de casos para inscribirse.**

