

## កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Kaiser Permanente (MFA)

---

### HELP IN YOUR LANGUAGE

**English:** This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** 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**1-800-757-7585** 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 **1-800-788-0616** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

# កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Kaiser Permanente (MFA)

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព ឬវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកបានទទួល ឬត្រូវបានកំណត់ពេលដើម្បីទទួលបានពី Kaiser Permanente កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Financial Assistance, MFA) របស់យើងប្រហែលជាអាចជួយអ្នកបាន។

## របៀបដែលកម្មវិធីដំណើរការ

- កម្មវិធីនេះផ្តល់ជូននូវ "រង្វាន់" ជាបណ្តោះអាសន្នដើម្បីជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំដែលមានគុណសម្បត្តិបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំដោយយោងតាមតម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពួកគេ។
- វាមានសម្រាប់អ្នកដ៏ Kaiser Permanente ទាំងអស់ មិនថាអ្នកជាសមាជិកឬអត់ទេ។
- ប្រសិនបើត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ កម្មវិធីនេះនឹងធានាលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា Kaiser Permanente ឬនៅតាមមន្ទីរ Kaiser Permanente សម្រាប់រយៈពេលជាក់លាក់។

## តើធ្វើដូចម្តេចដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិទទួល

អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមតម្រូវការមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដូចខាងក្រោម៖ \*

1. ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នកគឺមិនច្រើនជាង 350% នៃកំរិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធទេ។

\*ចំណាំ៖ ប្រសិនបើចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នកមានច្រើនជាង 350% នៃកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ និង/ឬអ្នកជាសមាជិក Kaiser Permanente ដែលមានផែនការកាត់កងនៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យខាងក្រោម។

2. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ភាពអាសន្ន ឬការថែទាំចាំបាច់បន្ទាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំឆ្មេញ និងថ្នាំ ក្នុងរយៈពេល 12 ខែ គឺស្មើ ឬច្រើនជាង 10% នៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នក។
  - ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរួមបញ្ចូលទាំងការ ជួយបង់ការជួយធានារ៉ាប់រង និងការទូទាត់កាត់កង។
  - ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅមិនរាប់បញ្ចូលការបង់ប្រាក់នានាសម្រាប់ផែនការសុខភាពរបស់អ្នកផ្ទាល់ទេ ដូចជាបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នក។

350% នៃគោលការណ៍ណែនាំកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ		
ប្រសិនបើទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកមានចំនួន៖	ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារអ្នកមិនត្រូវលើសពី៖	
	ប្រចាំខែ	ប្រចាំឆ្នាំ
1	\$3,722	\$44,660
2	\$5,028	\$60,340
3	\$6,335	\$76,020
4	\$7,642	\$91,700
5	\$8,948	\$107,380
6	\$10,255	\$123,060

សូមចូលទៅគេហទំព័រ [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) ដើម្បីរកការណែនាំសម្រាប់គ្រួសារធំៗ។

## មានសំណួរ?





សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី MFA ឬដើម្បីមើលថាតើសេវាថែទាំសុខភាពណាដែលរាប់បញ្ចូល សូមចូលទៅគេហទំព័រ [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal)។

## ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ អ្នកអាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ពាក្យសុំ។

- ដោយសារកម្មវិធី MFA ផ្តល់ជូនតែការផ្តល់រង្វាន់ហិរញ្ញវត្ថុបណ្តោះអាសន្នប៉ុណ្ណោះ យើងអាចតម្រូវឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងដែលនឹងធានារ៉ាប់រងអ្នកក្នុងរយៈពេលវែង។ វាអាចរួមបញ្ចូលទាំងកម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈ ឬឯកជនផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិទទួល - ដូចជា Medi-Cal ឬផែនការឧបត្ថម្ភផ្តល់ជូនដែលមាននៅលើទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- យើងអាចស្នើឱ្យអ្នកបង្ហាញយើងនូវភស្តុតាងដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំក្នុងកម្មវិធីទាំងនេះ ឬដែលអ្នកត្រូវបានយល់ព្រម ឬបដិសេធ។ ប៉ុន្តែអ្នកនៅតែអាចទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីកម្មវិធី MFA ខណៈពេលរង់ចាំការសម្រេចចិត្តពីកម្មវិធីផ្សេងទៀតទាំងនេះ។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិ សូមចូលមើលគេហទំព័រ [healthcare.gov](http://healthcare.gov) ឬទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-318-2596**។

## របៀបដាក់ពាក្យ

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការសិទ្ធិទទួលបាន អ្នកអាចអនុវត្តតាមវិធីទាំងនេះ។

 <p><b>សូមទូរស័ព្ទមកយើង</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខ <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b> ថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច PST។</li> <li>• ត្រូវត្រៀមខ្លួនដើម្បីផ្តល់នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានដាក់នៅលើពាក្យសុំ MFA នៅទំព័របន្ទាប់។</li> </ul>
 <p><b>សូមផ្ញើវា</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមបំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី MFA នៅលើទំព័រដូចខាងក្រោម។</li> <li>• សូមផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញទៅ៖ Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li> </ul>
 <p><b>ផ្ញើទូរសារ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមបំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី MFA នៅលើទំព័រដូចខាងក្រោម។</li> <li>• ផ្ញើទូរសារនូវពាក្យសុំដែលបានបំពេញចប់របស់អ្នកទៅ <b>1-800-687-9901</b>។</li> </ul>
 <p><b>ផ្ញើទៅ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមបំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី MFA នៅលើទំព័រដូចខាងក្រោម។</li> <li>• យកពាក្យសុំរបស់អ្នកដែលបានបំពេញរួចហើយមកដាក់នៅការិយាល័យផ្នែកប្រតិបត្តិការហិរញ្ញវត្ថុអ្នកជំងឺ (Patient Financial Operations) នៅមន្ទីរ Kaiser Permanente ណាមួយ។</li> </ul>

**សំខាន់៖** នៅពេលដាក់ពាក្យតាមសំបុត្រ ឬទូរសារ ឬទម្លាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់ សូមប្រាកដថាអ្នកបំពេញពាក្យសុំតាមដែលអ្នកអាចធ្វើបាន។ ព័ត៌មានណាដែលគ្មានអាចពន្យារពេលដំណើរការនៃការដាក់ពាក្យ។

### អ្វីដែលត្រូវពឹងទុកបន្ទាប់ពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

បន្ទាប់ពីយើងពិនិត្យមើលពាក្យសុំដែលបានបំពេញចប់របស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងលទ្ធផលមួយដូចខាងក្រោម៖

- ពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានយល់ព្រមហើយអ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងការផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុ។
- ដើម្បីបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក យើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬក្រដាសស្នាម ដែលអ្នកអាចផ្ញើមកយើងជាសំបុត្រ ឬយកមកឱ្យយើងដោយផ្ទាល់។ នេះអាចរួមបញ្ចូលនូវភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល ឬសំណៅចម្លងនៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។
- ពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ និងមូលហេតុដែលវាត្រូវបានបដិសេធ ដែលក្នុងករណីនោះអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។

### ត្រូវការជំនួយ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅ **1-800-390-3507 (TTY 711)** ថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច PST។ អ្នកក៏អាចនិយាយជាមួយទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុនៅទីតាំង Kaiser Permanente ណាមួយក៏បាន។

## ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុវេជ្ជសាស្ត្រសន្តិសុខសង្គម (MFA)

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ កំណត់ត្រាពេទ្យ #: \_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ លេខទាក់ទង: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ លេខ: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_

ទីក្រុង: \_\_\_\_\_ រដ្ឋ: \_\_\_\_\_ លេខហ្សឺបកូដ: \_\_\_\_\_

**ទំហំគ្រួសារ:** ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ (រួមទាំងអ្នក) ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ អាចរាប់បញ្ចូលទាំងប្តី/ប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងផ្ទះដែលមានសិទ្ធិ កូនៗ ញាតិសន្តានអ្នកថែទាំដែលមិនមែនជាឪពុកម្តាយ ។ល។

**ចំណូលគ្រួសារ (ប្រចាំខែ):** ប្រាក់ចំណូលសរុបសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសារ។ សូមគូសប្រភេទប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖

<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ឈ្នួលការងារ	<input type="checkbox"/> ប្រាក់អាហារកិច្ច/ការឧបត្ថម្ភកូន
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលពាណិជ្ជកម្ម/អចលនទ្រព្យជួល	<input type="checkbox"/> ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ឬប្រាក់ចូលនិវត្តន៍/ប្រាក់បំណាច់ឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកគ្មានការងារធ្វើ/ប្រាក់ចំណូលពិការភាព	<input type="checkbox"/> ប្រាក់សន្តិសុខសង្គម/ប្រាក់ចំណូលផ្នែកសន្តិសុខបន្ថែម/អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកអតីតយុទ្ធជន

\$ \_\_\_\_\_

**ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព:** ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបមានលើសពីរយៈពេល 12 ខែសំរាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានផ្តល់ដោយ Kaiser Permanente ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ អាចរាប់បញ្ចូលទាំងប្រាក់ជួយបង់ ប្រាក់បញ្ញើ ការសហការផ្ទៃធានារ៉ាប់រង ឬការទូទាត់ដែលអាចកាត់កងបានសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឱសថស្ថាន ឬសេវាផ្សេងៗដែលមានលក្ខណសម្បត្តិ។

\$ \_\_\_\_\_

**សូមរាយនាមសមាជិកទាំងអស់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីនេះ។**

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនង	លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**មិនមានការធានារ៉ាប់រង? Kaiser Permanente អាចជួយបាន។** ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពទេ យើងអាចជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីជម្រើសរបស់អ្នកបាន។ សូមគូសក្នុងប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់អោយ Kaiser Permanente ទាក់ទងអ្នកដើម្បីពិភាក្សាអំពីជម្រើសរបស់អ្នក។

បាទ/ចាស សូមទាក់ទងខ្ញុំ

ខ្ញុំសូមប្រកាសក្រោមការស្បថបំពានដែលថារាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមានចែងខាងលើនៅក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវទាំងអស់។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ និងយល់ព្រមផងដែរថា ខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវចំពោះផែនការសុខភាពមូលនិធិ Kaiser Foundation Health Plan និង Kaiser Foundation Hospitals សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងអស់ដែលជំពាក់ Kaiser Foundation Health Plan និង Kaiser Foundation Hospitals និងសន្ធិវិញ្ញាបនបត្រ សម្រាប់ផលិតផល និងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិនៅក្រោមកម្មវិធីនេះ ("ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសេសសល់")។

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

**ចំណាំ:** Kaiser Foundation Health Plan និង Kaiser Foundation Hospitals រក្សាសិទ្ធិប្រើព័ត៌មានពីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ឥណទានអ្នកប្រើប្រាស់ និងប្រភពព័ត៌មានភាគីទីបីផ្សេងទៀតដើម្បីកំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីវេជ្ជសាស្ត្រ សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងឯកជន រួមទាំងកម្មវិធី MFA។