

## ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (MFA) ຂອງ Kaiser Permanente

---

### HELP IN YOUR LANGUAGE

**English:** This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000** 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.

# ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (MFA) ຂອງ Kaiser Permanente

ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການດ້ານການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບມາ, ຫຼື ມີຕາຕະລາງທີ່ຈະໄດ້ຮັບ, ຈາກ Kaiser Permanente, ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (Medical Financial Assistance, MFA) ຂອງພວກເຮົາອາດສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

## ວິທີການເຮັດວຽກຂອງໂຄງການ

- ໂຄງການສະເໜີ “ລາງວັນ” ຊົ່ວຄາວ ເພື່ອຊ່ວຍບັນດາຜູ້ຮ້ອງຂໍທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງໂດຍອີງຕາມຄວາມຈຳເປັນດ້ານການເງິນຂອງເຂົາເຈົ້າ.
- ໂຄງການມີໄວ້ໃຫ້ແກ່ບັນດາຄົນເຈັບທຸກຄົນຂອງ Kaiser Permanente, ບໍ່ວ່າ ທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່ກໍຕາມ.
- ຖ້າວ່າ ໄດ້ຮັບລາງວັນຊ່ວຍເຫຼືອ, ທາງໂຄງການຈະຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ ຫຼື ທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ທີ່ສະຖານບໍລິການຂອງ Kaiser Permanente ເປັນໄລຍະເວລາໜຶ່ງ.

## ວິທີການມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ

### ທ່ານຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດກົງຕາມຂໍ້ກຳນົດໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້\*:

1. ລາຍໄດ້ລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່ເກີນ 350% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກທີ່ຮັບຮອງການກຳນົດໄວ້.

**\*ໝາຍເຫດ:** ຖ້າວ່າ ລາຍໄດ້ລວມຄົວເຮືອນຂອງທ່ານກາຍ 350% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກທີ່ຮັບຮອງການກຳນົດໄວ້ ແລະ/ຫຼື ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງ Kaiser Permanente ທີ່ມີແຜນສຸຂະພາບແບບມີຄ່າຈ່າຍສ່ວນທຳອິດໃນຮັຖຄາລິຟໍເນັຽ, ທ່ານຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດຕາມເກນຂ້າງລຸ່ມນີ້.

2. ຄ່າເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບທີ່ຈ່າຍຈາກຖົງຂອງຕົນເອງສຳລັບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ, ຄ່າປົວແຂ້ວ, ແລະຄ່າຢາ ຕະຫຼອດລະຍະ 12 ເດືອນຂອງທ່ານແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍໄດ້ລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈ່າຍອອກຈາກຖົງຕົນເອງ ລວມມີ ຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນພ້ຍຮ່ວມ, ແລະຄ່າຈ່າຍສ່ວນທຳອິດ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈ່າຍອອກຈາກຖົງຕົນເອງ ບໍ່ລວມເຖິງ ການຈ່າຍເງິນໃດໆ ສຳລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ, ເຊັ່ນ ຄ່າງວດປະຈຳເດືອນ.

350% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກທີ່ຮັບຮອງການກຳນົດໄວ້		
ຖ້າວ່າ ຂະໜາດຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານແມ່ນ:	ລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ຕ້ອງບໍ່ກາຍ:	
	ປະຈຳເດືອນ	ປະຈຳປີ
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

ໄປທີ່ເວັບໄຊ [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) ເພື່ອເບິ່ງແນວທາງສຳລັບຄົວເຮືອນທີ່ມີຂະໜາດໃຫຍ່ກວ່ານີ້.

## ມີຄຳຖາມບໍ່?





ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມສຳລັບໂຄງການ MFA, ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າການບໍລິການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບອັນໃດແດ່ທີ່ມັນຈ່າຍໃຫ້, ເບິ່ງທີ່ [www.kp.org/mfa/ncal](http://www.kp.org/mfa/ncal).

## ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີປະກັນພ້ຍສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງສະໝັກຂໍໃໝ່.

- ເນື່ອງຈາກໂຄງການ MFA ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຊົ່ວຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກເອົາການຄຸ້ມຄອງ ຊຶ່ງຈະຊ່ວຍຄຸ້ມຄອງຈ່າຍໃຫ້ທ່ານໃນລະຍະຍາວ. ອັນນີ້ອາດລວມເຖິງ ໂຄງການສຸຂະພາບອື່ນໃດຂອງເອກະຊົນ ຫຼື ຂອງຮັຖບານ ທີ່ທ່ານມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ — ເຊັ່ນ Medi-Cal ຫຼື ແຜນສະໜັບສະໜູນທຶນທີ່ມີໃຫ້ໃນຕະຫຼາດປະກັນພ້ຍສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານວ່າ ທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການເຫຼົ່ານີ້, ຫຼືວ່າ ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກໂຄງການເຫຼົ່ານັ້ນ. ແຕ່ວ່າ ທ່ານອາດຍັງຄົງສາມາດຮັບເອົາ ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການ MFA ໄດ້ໃນຂະນະລໍຖ້າຄຳຕັດສິນຈາກໂຄງການອື່ນໆ ເຫຼົ່ານີ້.
- ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບປະກັນພ້ຍຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບ, ໃຫ້ເບິ່ງທີ່ເວັບໄຊ [healthcare.gov](https://healthcare.gov) ຫຼື ໂທ 1-800-318-2596.

## ວິທີການສະໝັກ

ຖ້າວ່າ ທ່ານມີເງື່ອນໄຂກົງຕາມຂໍ້ກຳນົດດ້ານຄຸນສົມບັດ, ທ່ານສາມາດສະໝັກໃນທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້.

 <b>ໂທຫາພວກເຮົາ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງຕາມເວລາມາດຕະຖານແປຊີຟິກ.</li> <li>ຕຽມຕົວໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໃບສະໝັກ MFA ທີ່ຢູ່ໜ້າຕໍ່ໄປ.</li> </ul>
 <b>ສົ່ງໄປສະນີ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ປະກອບໃບສະໝັກ MFA ໃຫ້ຄົບຖ້ວນໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້.</li> <li>ສົ່ງໃບສະໝັກທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທາງໄປສະນີເຖິງ: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li> </ul>
 <b>ສົ່ງທາງແຟກຊ໌</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ປະກອບໃບສະໝັກ MFA ໃຫ້ຄົບຖ້ວນໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້.</li> <li>ສົ່ງແຟກຊ໌ໃບສະໝັກທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຂອງທ່ານໄປທີ່ເບີ <b>1-800-687-9901</b>.</li> </ul>
 <b>ເອົາໄປສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ປະກອບໃບສະໝັກ MFA ໃຫ້ຄົບຖ້ວນໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້.</li> <li>ເອົາໃບສະໝັກທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຂອງທ່ານໄປສົ່ງເອງທີ່ພະແນກປະຕິບັດການດ້ານການເງິນສໍາລັບຄົນເຈັບ (Patient Financial Operations) ທີ່ສະຖານທີ່ໃດໆ ຂອງ Kaiser Permanente.</li> </ul>

**ສໍາຄັນ:** ເມື່ອສະໝັກທາງໄປສະນີ ຫຼື ທາງແຟກຊ໌, ຫຼື ໄປສົ່ງໃບສະໝັກດ້ວຍຕົນເອງ, ໃຫ້ໝັ້ນໃຈວ່າ ທ່ານໄດ້ປະກອບຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກຫຼາຍເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ການຂາດຂໍ້ມູນໃດໆ ອາດເຮັດໃຫ້ຂັ້ນຕອນການສະໝັກລ້າຊ້າ.

### ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງຫຼັງຈາກທ່ານສະໝັກ

ຫຼັງຈາກພວກເຮົາກວດກາຄືນໃບສະໝັກທີ່ຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ຜົນອອກມາອັນໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດ ແລະທ່ານຈະໄດ້ຮັບລາງວັນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນ.
- ປະກອບໃບສະໝັກຂອງທ່ານໃຫ້ຄົບຖ້ວນ, ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນຕື່ມ ຫຼື ເອກະສານເພີ່ມເຕີມ, ຊຶ່ງທ່ານສາມາດສົ່ງໃຫ້ພວກເຮົາທາງໄປສະນີ ຫຼື ເອົາມາສົ່ງເອງກໍໄດ້; ອັນນີ້ລວມເຖິງ ເອກະສານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ ຫຼື ສໍາເນົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈ່າຍຈາກຖົງຂອງຕົນເອງ.
- ໃບສະໝັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ແລະເປັນຫຍັງມັນຈຶ່ງຖືກປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີໃດກໍຕາມ ທ່ານສາມາດອຸທອນຄໍາຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໄດ້.

### ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່?

ຖ້າວ່າ ທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການສະໝັກຂອງທ່ານ, ກະຮຸນາໂທ **1-800-390-3507 (TTY 711)**, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງຕາມເວລາມາດຕະຖານແປຊີຟິກ. ທ່ານຍັງສາມາດເວົ້າກັບທີ່ປຶກສາທາງການເງິນໄດ້ທີ່ສະຖານທີ່ຕັ້ງໃດໆ ຂອງ Kaiser Permanente.

## ໃບສະໝັກໂຄງການ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (MFA)

ຊື່: \_\_\_\_\_ ເລກປະຫວັດການປິ່ນປົວ #: \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ເບີຕິດຕໍ່ #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ເລກປະກັນສັງຄົມ: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່: \_\_\_\_\_

ເມືອງ: \_\_\_\_\_ ຮັຖ: \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ: \_\_\_\_\_

**ຂະໜາດຄົວເຮືອນ:** ຈຳນວນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ (ລວມຕົວທ່ານດ້ວຍ) ຊຶ່ງອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ.  
ອາດລວມເອົາ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຄອງທີ່ມີຄຸນສົມບັດ, ເດັກ, ຍາດຜູ້ດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່, ອື່ນໆ.

**ລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນ (ຕໍ່ເດືອນ):** ຍອດລວມລາຍໄດ້ສໍາລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນ.  
ໝາຍໃສ່ປະເພດລາຍໄດ້ທຸກຂໍ້ທີ່ນໍາໃຊ້ໄດ້:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ຄ່າຈ້າງ/ລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ             | <input type="checkbox"/> ເງິນບໍານານ ຫຼື ເງິນອອກການ/ເງິນລາຍປີ |
| <input type="checkbox"/> ລາຍໄດ້ທຸລະກິດ/ຄ່າເຊົ່າອະສັງຫາລິມະຊັບ    | <input type="checkbox"/> ລາຍໄດ້ຈາກປະກັນສັງຄົມ/               |
| <input type="checkbox"/> ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄົນຫວ່າງງານ/ລາຍໄດ້ຜູ້ພິການ | ລາຍໄດ້ພິເສດຈາກປະກັນສັງຄົມ/                                   |
| <input type="checkbox"/> ເງິນຄ່າລ້ຽງດູ/ຄ່າລ້ຽງດູລູກ              | ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮົບເກົ່າ                                     |

 \$

**ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ:** ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈ່າຍອອກຈາກຖົງຕົນເອງທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຕະຫຼອດລະຍະ  
12 ເດືອນສໍາລັບຄ່າບໍລິການສຸກເສີນ ຫຼື ທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ ທີ່ຈັດໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື  
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດລວມເຖິງ ຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ, ເງິນມັດຈໍາ, ຄ່າປະກັນພັຍຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າຈ່າຍສ່ວນທໍາອິດ  
ສໍາລັບບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວ, ຄ່າຢາ, ຫຼື ຄ່າປົວແຂ້ວທີ່ເໝາະສົມ.

 \$

**ກະຣຸນາບອກຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.**

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສໍາພັນ	ເລກປະຫວັດການປິ່ນປົວ #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**ມີປະກັນພັຍບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້.** ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ,  
ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຕ່າງໆ ຂອງທ່ານໄດ້. ໝາຍໃສ່ກ່ອນນີ້ ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້  
Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບທາງເລືອກຕ່າງໆ ຂອງທ່ານ.

 ແມ່ນ, ຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ

ໃນທີ່ນີ້ ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດພາຍໃຕ້ບົດລົງໂທດຂອງການຕົວະວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຢູ່ໃນໃບສະໝັກນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະຖືກຕ້ອງໃນທຸກແງ່ມຸມ.  
ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຮັບຮູ້ ແລະຕົກລົງວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຜິດຊອບຕໍ່ Kaiser Foundation Health Plan ແລະ Kaiser Foundation Hospitals ສໍາລັບຈຳນວນ  
ເງິນທັງໝົດທີ່ເປັນໜີ້ຕໍ່ Kaiser Foundation Health Plan ແລະ Kaiser Foundation Hospitals ສໍາລັບຄ່າອຸປະກອນແລະຄ່າບໍລິການທາງການແພດ  
ຊຶ່ງບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ໂຄງການ (“ຈຳນວນທີ່ຍັງເຫຼືອ”).

ລາຍເຊັນ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

**ໝາຍເຫດ:** Kaiser Foundation Health Plan ແລະ Kaiser Foundation Hospitals ສະຫງວນສິດໃນການນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານເຄຣດິດຜູ້  
ບໍລິໂພກ ແລະແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ ເພື່ອນໍາໃຊ້ໃນການພິຈາລະນາຕັດສິນສິດທີ່ໄດ້ຮັບສໍາລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດຂອງຮັຖບານກາງ,  
ຮັຖ ແລະເອກະຊົນ, ລວມເຖິງ ໂຄງການ MFA.