

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ (MFA)

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-813-2000** 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**1-800-813-2000** 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 **1-800-813-2000** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Kaiser Permanente (MFA)

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបង់ថ្លៃសេវាកម្មថែទាំសុខភាពឬវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកទទួលបាន ឬត្រូវបានកំណត់ពេលដើម្បីទទួលបានពី Kaiser Permanente កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Financial Assistance, MFA) របស់យើងប្រហែលជាអាចជួយអ្នកបាន។

របៀបដែលកម្មវិធីដំណើរការ

- កម្មវិធីនេះផ្តល់ជូននូវ “មូលនិធិ” បណ្តោះអាសន្នដើម្បីជួយបេក្ខជនដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន បង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំដោយផ្អែកទៅតាមតម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពួកគេ។
- វាអាចរកបានសម្រាប់អ្នកជំងឺ Kaiser Permanente ទាំងអស់មិនថាអ្នកជាសមាជិកឬអត់នោះទេ។
- ប្រសិនបើត្រូវបានផ្តល់ឲ្យ កម្មវិធីនេះនឹងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា Kaiser Permanente ឬនៅតាមទីតាំង Kaiser Permanente សម្រាប់រយៈពេលជាក់លាក់មួយ។

របៀបមានសិទ្ធិទទួល

អ្នកត្រូវតែបំពេញបានតាមមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដូចខាងក្រោម៖

1. ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នកគឺមិនលើសពី 400% នៃកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ។
2. ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំឆ្មេញ និងឱសថក្នុងរយៈពេល 12 ខែ គឺមានចំនួនស្មើ ឬច្រើនជាង 10% នៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នក។
 - ថ្លៃចំណាយពីហោប៉ៅរួមមានថ្លៃរួមបង់ ថ្លៃសហការធានារ៉ាប់រង និងការបង់ថ្លៃកាត់កង។
 - ថ្លៃចំណាយពីហោប៉ៅមិនរាប់បញ្ចូលការបង់ប្រាក់ផ្សេងៗសម្រាប់ផែនការសុខភាពរបស់អ្នកផ្ទាល់ ដូចជាបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នកទេ។

400% នៃគោលការណ៍ណែនាំកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធឆ្នាំ 2020		
ប្រសិនបើទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកមានចំនួន៖	ប្រាក់ចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នកមិនត្រូវលើសពី៖	
	ប្រចាំខែ	ប្រចាំឆ្នាំ
1	\$4,253	\$51,040
2	\$5,747	\$68,960
3	\$7,240	\$86,880
4	\$8,733	\$104,800
5	\$10,227	\$122,720
6	\$11,720	\$140,640

ចូលទៅគេហទំព័រ [aspe.hhs.gov/poverty](https://www.aspe.hhs.gov/poverty) ដើម្បីរកការណែនាំសម្រាប់គ្រួសារធំជាងនេះ។

មានសំណួរ?



សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី MFA ឬដើម្បីមើលថាតើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពណាដែលរាប់បញ្ចូលថ្លៃឲ្យ សូមចូលទៅកាន់ www.kp.org/mfa/nw។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ អ្នកអាចត្រូវបានតម្រូវឲ្យដាក់ពាក្យសុំវា។

- ដោយសារកម្មវិធី MFA ផ្តល់ជូនតែមូលនិធិហិរញ្ញវត្ថុបណ្តោះអាសន្នប៉ុណ្ណោះ យើងអាចតម្រូវឲ្យអ្នកដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងដែលនឹងធានារ៉ាប់រងអ្នកក្នុងរយៈពេលវែង។ វាអាចរួមមានកម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈ ឬឯកជនផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានដូចជា Medicaid ឬផែនការឧបត្ថម្ភផនដែលមាននៅលើទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- យើងអាចស្នើសុំអ្នកឲ្យបង្ហាញភស្តុតាងដែលអ្នកធ្លាប់បានដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីទាំងនេះ ឬដែលអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានយល់ព្រម ឬបដិសេធ។ ប៉ុន្តែអ្នកនៅតែអាចទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីកម្មវិធី MFA ខណៈពេលរង់ចាំការសម្រេចចិត្តពីកម្មវិធីផ្សេងទៀតទាំងនោះ។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន សូមចូលទៅគេហទំព័រ healthcare.gov ឬទូរស័ព្ទទៅ **1-800-318-2596**។

របៀបដាក់ពាក្យ

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃសិទ្ធិទទួលបាន អ្នកអាចដាក់ពាក្យតាមមួយក្នុងចំណោមវិធីទាំងនេះ។

 <p>ជួបជាមួយអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុ</p>	<ul style="list-style-type: none"> កំណត់ថ្ងៃណាត់ជួបជាមួយអ្នកប្រឹក្សាផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ នៅឯមួយក្នុងចំណោមទីតាំងដែលយើងបានកំណត់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:30 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច PST។ ត្រូវត្រៀមខ្លួនដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានចុះរាយនៅលើពាក្យសុំ MFA នៅទំព័របន្ទាប់។
 <p>ទូរស័ព្ទមកយើង</p>	<ul style="list-style-type: none"> ទូរស័ព្ទមកយើងតាមលេខ 1-800-813-2000 (TTY 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:30 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច PST។ ត្រូវត្រៀមខ្លួនដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានចុះរាយនៅលើពាក្យសុំ MFA នៅទំព័របន្ទាប់។
 <p>ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍</p>	<ul style="list-style-type: none"> បំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី MFA នៅលើទំព័រខាងក្រោម។ ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍នូវពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកទៅ៖ Kaiser Permanente MFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232
 <p>ផ្ញើទូរសារ</p>	<ul style="list-style-type: none"> បំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី MFA នៅលើទំព័រខាងក្រោម។ ផ្ញើទូរសារនូវពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកទៅ 1-503-813-2282។
 <p>ដាក់ជូនដោយផ្ទាល់</p>	<ul style="list-style-type: none"> បំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី MFA នៅលើទំព័រខាងក្រោម។ ដាក់ជូនពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់នៅការិយាល័យប្រឹក្សាយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុ ឬនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិកនៅទីតាំង Kaiser Permanente ណាមួយ។

សំខាន់៖ នៅពេលដាក់ពាក្យតាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ ឬការដាក់ជូនពាក្យសុំរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់ សូមប្រាកដថាអ្នកបានបំពេញព័ត៌មានបានច្រើនតាមដែលអ្នកអាចធ្វើបាន។ ព័ត៌មានណាដែលខកខានអាចពន្យារពេលដំណើរការនៃការដាក់ពាក្យ។

អ្វីដែលត្រូវរំពឹងបន្ទាប់ពីការដាក់ពាក្យសុំ

បន្ទាប់ពីយើងពិនិត្យមើលពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នកឲ្យដឹងលទ្ធផលមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម៖

- ពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានយល់ព្រមហើយអ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងការផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុ។
- ដើម្បីបំពេញពាក្យសុំរបស់អ្នក យើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមប្រភេទសារ ដែលអ្នកអាចផ្ញើមកយើងតាមប្រៃសណីយ៍ ឬយកមកឲ្យយើងដោយផ្ទាល់។ នេះអាចរួមមានភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល ឬច្បាប់ចម្លងនៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។
- ពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធនិងមូលហេតុដែលវាត្រូវបានបដិសេធ ដែលក្នុងករណីនោះអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។

ត្រូវការជំនួយ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅ **1-800-813-2000 (TTY 711)**, ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:30 a.m. ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 p.m. PST។ អ្នកក៏អាចនិយាយជាមួយអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ហិរញ្ញវត្ថុនៅទីតាំងរបស់ Kaiser Permanente ណាមួយក៏បាន។

ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA)

ឈ្មោះ: _____ លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ: _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: ____ / ____ / ____ លេខទំនាក់ទំនង (_____) _____ លេខសន្តិសុខសង្គម: _____ - _____ - _____

អាសយដ្ឋាន _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ ហ្សឺបកូដ: _____

ទំហំគ្រួសារ: ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ (រួមទាំងអ្នក) ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ អ្នកអាចរាប់បញ្ចូល ប្តី/ប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងផ្ទះដែលមានសិទ្ធិ កូន។ សាច់ញាតិអ្នកថែទាំដែលមិនមែនជាឪពុកម្តាយ ។ល។ _____

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ (ប្រចាំខែ): ប្រាក់ចំណូលសរុបសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសារ។ សូមគូសយកប្រភេទប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ឈ្នួលការងារ | <input type="checkbox"/> ប្រាក់អាហារកិច្ច/ប្រាក់ឧបត្ថម្ភកូន |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលពាណិជ្ជកម្ម/កម្មសិទ្ធិជួល | <input type="checkbox"/> ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ឬប្រាក់ចូលនិវត្តន៍/
ប្រាក់ធនលាភប្រចាំឆ្នាំ |
| <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍ភាពគ្មានការងារធ្វើ/
ប្រាក់ចំណូលពិការភាព | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម/
ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម/អតីតយុទ្ធជន |
- \$ _____

ថ្លៃ ចំណាយលើការថែទាំសុខភាព: ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបក្នុងកំឡុងរយៈពេល 12 ខែសម្រាប់សេវាកម្ម សង្គ្រោះ បន្ទាន់ ឬដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជ សាស្ត្រ ដែលត្រូវបានផ្តល់ដោយ Kaiser Permanente ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃទៀត។ អាចរួមមានប្រាក់រួមបង់ ប្រាក់តម្កល់ ការសហការថ្លៃ ធានារ៉ាប់រង ឬការបង់ថ្លៃ កាត់កងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជ សាស្ត្រ ឱសថស្ថាន ឬសេវាកម្ម ផ្សេងៗដែលមានសិទ្ធិ។ \$ _____

សូមរាយនាមសមាជិកទាំងអស់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ដែលដាក់ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធីនេះ។

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃ ខែឆ្នាំកំណើត	ចំណងទំនាក់ទំនង	លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជ សាស្ត្រ
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

មិនមានធានារ៉ាប់រង? Kaiser Permanente អាចជួយបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព យើងអាចជួយអ្នក ក្នុងការយល់ពីជម្រើសរបស់អ្នក ក្នុងការស្រាវជ្រាវប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យ Kaiser Permanente ទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីពិភាក្សាពីជម្រើសរបស់អ្នក ។ បាទ/ចាស ទាក់ទងមកខ្ញុំ

សូមប្រកាសក្រោមការឆ្លៀតទោសលើការភ្លេចភ្នំថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានចែងនៅខាងលើនៅក្នុងពាក្យសុំនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវគ្រប់រូបប្រការទាំងអស់។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់និងយល់ព្រមថា ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះ Kaiser Foundation Health Plan និង Kaiser Foundation Hospitals សម្រាប់ទឹកប្រាក់ទាំងអស់ដែលដាក់ Kaiser Foundation Health Plan និង Kaiser Foundation Hospitals សម្រាប់ទំនិញនិងសេវាកម្មដែលមិនមានសិទ្ធិក្រោមកម្មវិធីនេះ (“ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសល់”)។

ហត្ថលេខា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

ចំណាំ: Kaiser Foundation Health Plan និង Hospitals រក្សាសិទ្ធិប្រើព័ត៌មានពីភ្នាក់ងារការណ៍ធានារ៉ាប់រង កម្រៃប្រាក់ និងប្រភពព័ត៌មានភាគីទីបីផ្សេងទៀតដើម្បីកំណត់សិទ្ធិ ទទួលបានសម្រាប់កម្មវិធីវេជ្ជ សាស្ត្រ សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងឯកជនដែលរួមមានកម្មវិធី MFA ផងដែរ។