

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 **1-800-813-2000** 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.

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (MFA) ຂອງ Kaiser Permanente

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

ວິທີການເຮັດວຽກຂອງໂຄງການ

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

ວິທີການມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ

ທ່ານຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດກົງຕາມຂໍ້ກຳນົດໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ລາຍໄດ້ລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່ເກີນ 400% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກທີ່ຮັບບຸກຄົນກາງກຳນົດໄວ້.
- ຄ່າເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບທີ່ຈ່າຍຈາກຖົງຂອງຕົນເອງສຳລັບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ, ຄ່າປົວແຂ້ວ, ແລະຄ່າຢາ ຕະຫຼອດລະຍະ 12 ເດືອນຂອງທ່ານແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍໄດ້ລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈ່າຍອອກຈາກຖົງຕົນເອງ ລວມມີ ຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນພັຍຮ່ວມ, ແລະຄ່າຈ່າຍສ່ວນທຳອິດ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈ່າຍອອກຈາກຖົງຕົນເອງ ບໍ່ລວມເຖິງ ການຈ່າຍເງິນໃດໆ ສຳລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ, ເຊັ່ນ ຄ່າງວດປະຈາເດືອນ.

400% ຂອງ ລະ ດັບຄວາມທຸກ ຍາກ ທີ່ຮັຖ ບານ ກາງ ກຳ ນົດ ໄວ້ າລັບປີ 2020		
ຖ້າວ່າ ຂະໜາດຄົວເຮືອນ ຂອງທ່ານແມ່ນ:	ລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງບໍ່ກາຍ:	
	ປະຈຳເດືອນ	ປະຈຳປີ
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

ມີຄຳຖາມບໍ່?

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມສຳລັບໂຄງການ MFA, ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າການບໍລິການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບອັນໃດແດ່ທີ່ມັນຈ່າຍໃຫ້, ເບິ່ງທີ່ www.kp.org/mfa/nw.

ໄປທີ່ເວັບໄຊ aspe.hhs.gov/poverty ເພື່ອເບິ່ງແນວທາງສຳລັບຄົວເຮືອນທີ່ມີຂະໜາດໃຫຍ່ກວ່ານີ້.

ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີປະກັນພັຍສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງສະໝັກຂໍໃໝ່.

- ເນື່ອງຈາກໂຄງການ MFA ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຊົ່ວຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກເອົາການຄຸ້ມຄອງ ຊຶ່ງຈະຊ່ວຍຄຸ້ມຄອງຈ່າຍໃຫ້ທ່ານໃນລະຍະຍາວ. ອັນນີ້ອາດລວມເຖິງ ໂຄງການສຸຂະພາບອັນໃດຂອງເອກະຊົນ ຫຼື ຂອງຮັຖບານ ທີ່ທ່ານມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ — ເຊັ່ນ Medicaid ຫຼື ແຜນສະໜັບສະໜູນທຶນທີ່ມີໃຫ້ໃນຕະຫຼາດປະກັນພັຍສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານວ່າ ທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການເຫຼົ່ານີ້, ຫຼືວ່າ ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກໂຄງການເຫຼົ່ານັ້ນ. ແຕ່ວ່າ ທ່ານອາດຍັງຄົງສາມາດຮັບເອົາ ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການ MFA ໄດ້ໃນຂະນະລໍຖ້າຄຳຕັດສິນຈາກໂຄງການອື່ນໆ ເຫຼົ່ານີ້.
- ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບ, ໃຫ້ເບິ່ງທີ່ເວັບໄຊ healthcare.gov ຫຼື ໂທ 1-800-318-2596.

ວິທີການສະໝັກ

ຖ້າວ່າ ທ່ານມີເງື່ອນໄຂກົງຕາມຂໍ້ກຳນົດດ້ານຄຸນສົມບັດ, ທ່ານສາມາດສະໝັກໃນທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້.

 <p>ພົບປະກັບທີ່ປຶກສາ ດ້ານການເງິນ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ຈັດຕາຕະລາງນັດໝາຍກັບທີ່ປຶກສາທາງການເງິນທີ່ສະຖານບໍລິການໃດໜຶ່ງທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງພວກເຮົາ, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ ຕາມເວລາມາດຕະຖານແປຊີຟິກ. ຕຽມຕົວໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໃບສະໝັກ MFA ທີ່ຢູ່ໜ້າຕໍ່ໄປ.
 <p>ໂທຫາພວກເຮົາ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-813-2000 (TTY 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ ຕາມເວລາມາດຕະຖານແປຊີຟິກ. ຕຽມຕົວໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໃບສະໝັກ MFA ທີ່ຢູ່ໜ້າຕໍ່ໄປ.
 <p>ສົ່ງໄປສະນີ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ປະກອບໃບສະໝັກ MFA ໃຫ້ຄົບຖ້ວນໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ສົ່ງໃບສະໝັກທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທາງໄປສະນີເຖິງ: Kaiser Permanente MFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232
 <p>ສົ່ງທາງແຟກຊ໌</p>	<ul style="list-style-type: none"> ປະກອບໃບສະໝັກ MFA ໃຫ້ຄົບຖ້ວນໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ສົ່ງແຟກຊ໌ໃບສະໝັກທີ່ຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານໄປທີ່ 1-503-813-2282.
 <p>ເອົາໄປສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ປະກອບໃບສະໝັກ MFA ໃຫ້ຄົບຖ້ວນໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ເອົາໃບສະໝັກທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຂອງທ່ານໄປສົ່ງເອງທີ່ຫ້ອງການໃຫ້ຄຳປຶກສາດ້ານການເງິນ (Financial Counseling Office) ຫຼື ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກທີ່ສະຖານບໍລິການໃດໆທີ່ໄດ້ຂອງ Kaiser Permanente.

ສຳຄັນ: ເມື່ອສະໝັກທາງໄປສະນີ ຫຼື ທາງແຟກຊ໌, ຫຼື ໄປສົ່ງໃບສະໝັກດ້ວຍຕົນເອງ, ໃຫ້ໝັ້ນໃຈວ່າ ທ່ານໄດ້ປະກອບຂໍ້ມູນໃນໃບສະໝັກຫຼາຍເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້. ການຂາດຂໍ້ມູນໃດໆ ອາດເຮັດໃຫ້ຂັ້ນຕອນການສະໝັກລ້ຳຊ້າ.

ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງຫຼັງຈາກທ່ານສະໝັກ

ຫຼັງຈາກພວກເຮົາກວດກາຄືນໃບສະໝັກທີ່ຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ຜົນອອກມາອັນໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

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

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່?

ຖ້າວ່າ ທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການສະໝັກຂອງທ່ານ, ກະຮຸນາໂທ **1-800-813-2000 (TTY 711)**, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ ຕາມເວລາມາດຕະຖານແປຊີຟິກ. 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/ຄ່າເຊົາອະສັງຫາລິມະຊັບ | <input type="checkbox"/> ລາຍໄດ້ຈາກປະກັນສັງຄົມ/ |
| <input type="checkbox"/> ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄົນຫວ່າງງານ/ລາຍໄດ້ຜູ້ພິການ | <input type="checkbox"/> 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.

\$ _____

ກະຮຸນາບອກຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.

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

ມີປະກັນພັຍບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຕ່າງໆ ຂອງທ່ານໄດ້. ໝາຍໃສ່ກ່ອນທີ່ 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 ສະຫງວນສິດໃນການນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານເຄຣດິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ ເພື່ອນ