KAISER PERMANENTE®

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 linguística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

KAISER PERMANENTE®

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 ຫຼືບໍ່ກໍຕາມ.
- ຖ້າວ່າ ໄດ້ຮັບລາງວັນຊ່ວຍເຫຼືອ, ທາງໂຄງການຈະຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ ຫຼື ທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ທີ່ສະຖານບໍລິການຂອງ Kaiser Permanente ເປັນໄລຍະເວລາໜຶ່ງ.

ວິທີການມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ

ທ່ານຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດກົງຕາມຂໍ້ກຳນົດໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:*

1. ລາຍໄດ້ລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່ເກີນ 350% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກທີ່ຣັຖບານກາງກຳນົດໄວ້.

***ໝາຍເຫດ:** ຖ້າວ່າ ລາຍໄດ້ລວມຄົວເຮືອນຂອງທ່ານກາຍ 350% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກທີ່ຣັຖບານກາງກຳນົດໄວ້ ແລະ/ຫຼື ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງ Kaiser Permanente ທີ່ມີແຜນສຸຂະພາບແບບມີຄ່າຈ່າຍສ່ວນທຳອິດໃນຣັຖຄາລີຟໍເນັຽ, ທ່ານຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດຕາມເກນຂ້າງລຸ່ມນີ້.

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

350% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກທີ່ຣັຖບານກາງກຳນົດໄວ້		
ຖ້າວ່າ ຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:	ລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງບໍ່ກາຍ:	
	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** ເພື່ອເບິ່ງແນວທາງສຳລັບຄົວເຮືອນທີ່ມີຂະໜາດໃຫຍ່ກວ່ານີ້.

ມີຄຳຖາມບໍ່?

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

ຖ້າວ່າ ທ່ານບໍ່ມີປະກັນພັຍສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງສະໝັກຂໍໃໝ່.

- ເນື່ອງຈາກໂຄງການ MFA ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຊົ່ວຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກເອົາການຄຸ້ມຄອງ ຊຶ່ງຈະຊ່ວຍຄຸ້ມຄອງຈ່າຍໃຫ້ທ່ານໃນລະຍະຍາວ. ອັນນີ້ອາດລວມເຖິງ ໂຄງການສຸຂະພາບອື່ນໃດຂອງເອກະຊົນ ຫຼື ຂອງຣັຖບານ ທີ່ທ່ານມີຄຸນສົບບັດເໝາະສົມ — ເຊັ່ນ Medi-Cal ຫຼື ແຜນສະໜັບສະໜູນທຶນທີ່ມີໃຫ້ໃນຕະຫຼາດປະກັນພັຍສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານວ່າ ທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການເຫຼົ່ານີ້, ຫຼືວ່າ ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກໂຄງການເຫຼົ່ານັ້ນ. ແຕ່ວ່າ ທ່ານອາດຍັງຄົງສາມາດຮັບເອົາ ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການ MFA ໄດ້ໃນຂະນະລໍຖ້າຄຳຕັດສິນຈາກໂຄງການອື່ນໆ ເຫຼົ່ານີ້.
- ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບປະກັນພັຍຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບ, ໃຫ້ເບິ່ງທີ່ເວັບໄຊ **healthcare.gov** ຫຼືໂທຣ **1-800-318-2596**.

KAISER PERMANENTE®

ວິທີການສະໝັກ

ຖ້າວ່າ ທ່ານມີເງື່ອນໄຂກົງຕາມຂໍ້ກຳນົດດ້ານຄຸນສົມບັດ, ທ່ານສາມາດສະໝັກໃນທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້.

ພົບປະກັບທີ່ປຶກສາດ້ານການເງິນ	• ພົບປະກັບທີ່ປຶກສາທາງການເງິນທີ່ສະຖານບໍລິການໃດໜຶ່ງທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງພວກເຮົາ, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງຕາມເວລາມາດຕະຖານແປຊິຟິກ. • ຕຽມຕົວໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໃບສະໝັກ MFA ທີ່ຢູ່ໜ້າຕໍ່ໄປ.
ໂທຣຫາພວກເຮົາ	• ໂທຣຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-390-3507** (TTY **711**), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງຕາມເວລາມາດຕະຖານແປຊິຟິກ. • ຕຽມຕົວໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໃບສະໝັກ MFA ທີ່ຢູ່ໜ້າຕໍ່ໄປ.
ສົ່ງໄປສະນີ	• ປະກອບໃບສະໝັກ MFA ໃຫ້ຄົບຖ້ວນໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. • ສົ່ງໃບສະໝັກທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທາງໄປສະນີເຖິງ: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
ສົ່ງທາງແຟກຊ໌	• ປະກອບໃບສະໝັກ MFA ໃຫ້ຄົບຖ້ວນໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. • ສົ່ງແຟກຊ໌ໃບສະໝັກທີ່ຄົບຖ້ວນຂອງທ່ານໄປທີ່ **1-866-497-0005.**
ເອົາໄປສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ	• ປະກອບໃບສະໝັກ MFA ໃຫ້ຄົບຖ້ວນໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. • ເອົາໃບສະໝັກທີ່ປະກອບຄົບຖ້ວນແລ້ວຂອງທ່ານໄປສົ່ງເອງທີ່ພະແນກຮັບຄົນເຈັບໃນໂຮງໝໍຂອງ Kaiser Permanente ໃນເຂດຂອງທ່ານ.

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, ກະຣຸນາໂທຣ **1-800-390-3507** (TTY **711**), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງຕາມເວລາມາດຕະຖານແປຊິຟິກ. ທ່ານຍັງສາມາດເວົ້າກັບທີ່ປຶກສາທາງການເງິນໄດ້ທີ່ສະຖານທີ່ຕັ້ງໃດໆຂອງ Kaiser Permanente.

KAISER PERMANENTE®

ໃບສະໝັກໂຄງການ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (MFA)

ຊື່: ______________________ ເລກປະຫວັດການປິ່ນປົວ #: ______________

ວັນເດືອນປີເກີດ: ___/___/___ ເບີຕິດຕໍ່ #: (_____) ______________ ເລກປະກັນສັງຄົມ: _____-_____-_____

ທີ່ຢູ່: ______________________

ເມືອງ: ______________________ ຣັຖ: ________ ລະຫັດໄປສະນີ: ________

ຂະໜາດຄົວເຮືອນ: ຈຳນວນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ (ລວມຕົວທ່ານດ້ວຍ) ຊຶ່ງອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ. ອາດລວມເອົາ ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຄອງທີ່ມີຄູນສົມບັດ, ເດັກ, ຍາດຜູ້ດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່, ອື່ນໆ. ____________

ລາຍໄດ້ຄົວເຮືອນ (ຕໍ່ເດືອນ): ຍອດລວມລາຍໄດ້ສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນ. ໝາຍໃສ່ປະເພດລາຍໄດ້ທຸກຂໍ້ທີ່ນຳໃຊ້ໄດ້:

- ☐ ຄ່າຈ້າງ/ລາຍໄດ້ຈາກການເຮັດວຽກ
- ☐ ລາຍໄດ້ທຸລະກິດ/ຄ່າເຊົ່າອະສັງຫາລິມະຊັບ
- ☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອຄົນຫວ່າງງານ/ລາຍໄດ້ຜູ້ພິການ
- ☐ ເງິນຄ່າລ້ຽງດູ/ຄ່າລ້ຽງດູລູກ
- ☐ ເງິນບຳນານ ຫຼື ເງິນອອກການ/ເງິນລາຍປີ
- ☐ ລາຍໄດ້ຈາກປະກັນສັງຄົມ/ ລາຍໄດ້ພິເສດຈາກປະກັນສັງຄົມ/ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອນັກຮົບເກົ່າ

$____________

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

ກະລຸນາບອກຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ຄວາມສຳພັນ	ເລກປະຫວັດການປິ່ນປົວ #
	___/___/___		
	___/___/___		
	___/___/___		
	___/___/___		
	___/___/___		

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

☐ ແມ່ນ, ຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ

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

ລາຍເຊັນ: ______________________ ວັນທີ: ____________

ໝາຍເຫດ: Kaiser Foundation Health Plan ແລະ Kaiser Foundation Hospitals ສະຫງວນສິດໃນການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກອົງການລາຍງານເຄຣດິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ ເພື່ອນຳໃຊ້ໃນການພິຈາລະນາຕັດສິນສິດທີໄດ້ຮັບສຳລັບໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດຂອງຣັຖບານກາງ, ຣັຖ ແລະເອກະຊົນ, ລວມເຖິງ ໂຄງການ MFA.