

Kaiser Permanente ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အပံ့ (MFA) အစီအစဉ်

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.

Kaiser Permanente ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အထောက်အပံ့ (MFA) အစီအစဉ်

Kaiser Permanente မှ ရရှိထားသော သို့မဟုတ် ရရှိရန် စီစဉ်ထားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် ဆေးညွှန်းစာများအတွက် ငွေပေးချေရန် သင် အကူအညီ လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေကြေး ထောက်ပံ့မှု (Medical Financial Assistance, MFA) အစီအစဉ်သည် သင့်ကို ကူညီနိုင်ပါသည်။

အစီအစဉ် မည်ကဲ့သို့ အလုပ်လုပ်ပါသလဲ။

- အစီအစဉ်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီသော လျှောက်ထားသူများအား သူတို့၏ ငွေကြေးလိုအပ်ချက်များအပေါ်မူတည်၍ စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ပေးချေရန် ကူညီသည့် ယာယီ “ဆု” များကို ပေးသည်။
- သင်သည် အသင်းဝင် ဟုတ်သည်ဖြစ်စေ မဟုတ်သည်ဖြစ်စေ Kaiser Permanente ၏ လူနာအားလုံးအတွက် ရရှိနိုင်ပါသည်။
- အကယ်၍ ချီးမြှင့်ခံရပါက အစီအစဉ်သည် Kaiser Permanente ပံ့ပိုးသူများမှ သို့မဟုတ် Kaiser Permanente ဆေးရုံများမှ သတ်မှတ်ထားသော အချိန်ကာလအတွက် အရေးပေါ်သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှု လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှုများကို အကြီးအကဲလိမ့်မည်။
- ဆုသည် Kaiser Permanente ပြင်ပတွင် ပေးအပ်ပြီး ငွေတောင်းခံထားသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် မသက်ဆိုင်ပါ။

ငြိမ်သက်စွာ အရည်အချင်း ပြည့်မီမလဲ

အရည်အချင်းပြည့်မီရန် သင်သည် အောက်ပါ စံနှုန်းများထဲမှ တစ်ခုနှင့် ကိုက်ညီရမည်-

1. သင်၏ စုစုပေါင်း အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေသည် ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှု၏ 400% ထက်မပိုရပါ။

သို့မဟုတ်

2. သင်၏ 12 လတာကာလအတွင်း အရေးပေါ်သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်သော စောင့်ရှောက်မှု၊ သွားစောင့်ရှောက်မှုနှင့် ဆေးဝါးများအတွက် သင်၏ အိတ်ကပ်ထဲမှ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကုန်ကျစရိတ်သည် သင်၏ စုစုပေါင်း အိမ်ထောင်စုဝင်ငွေ၏ 10% ထက်ကျော်သည် သို့မဟုတ် ညီမျှပါသည်။
 - o အိတ်ကပ်ထဲမှ ကုန်ကျစရိတ်သည် ပူးတွဲပေးချေမှု၊ ပူးတွဲအာမခံနှင့် နှုတ်ယူပြီးသား ငွေပေးချေခြင်းတို့ ပါဝင်သည်။
 - o အိတ်ကပ်ထဲမှ ကုန်ကျစရိတ်သည် သင်၏ လစဉ်ပရီမီယံကဲ့သို့ သင်၏ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်အတွက် မည်သည့် ငွေပေးချေမှုမှ မပါဝင်ပါ။

သင့်တွင် ကျန်းမာရေး အာမခံ မရှိပါက သင်လျှောက်ထားရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

- MFA အစီအစဉ်သည် ယာယီ ငွေကြေးဆုများကိုသာ ပေးသောကြောင့် ရေရှည်တွင် သင့်အားလွှမ်းမိုးခြင်းမည့် လွှမ်းမိုးမှုအတွက် လျှောက်ထားရန် သင့်အား ကျွန်ုပ်တို့ တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ Medi-Cal သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး အာမခံချေးကွက်များမှ ရရှိနိုင်သည့် ထောက်ပံ့ထားသော အစီအစဉ်များကဲ့သို့ ၎င်းတွင် သင်ရထိုက်ခွင့်ရှိသည့် အခြား အများပိုင် သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေး အစီအစဉ်များ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။
- သင် ဤအစီအစဉ်များကို လျှောက်ထားကြောင်း သက်သေပြရန် သင့်အား တောင်းဆိုလိမ့်မည် သို့မဟုတ် သူတို့ကို သင်ကို အတည်ပြုသည် သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်ခဲ့သည်ကို ကျွန်ုပ်တို့ မေးနိုင်ပါသည်။ သို့သော် အခြားအစီအစဉ်များမှ ဆုံးဖြတ်ချက် တစ်ခုကို စောင့်ဆိုင်းနေစဉ် သင်သည် MFA အစီအစဉ်မှ ငွေကြေးဆိုင်ရာအကူအညီ ရယူနိုင်ဆဲ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။

2023 ခုနှစ် ဖက်ဒရယ် ဆင်းရဲနွမ်းပါးမှုအဆင့် လမ်းညွှန်ချက်များ (Federal Poverty Guidelines, FPG)		
အကယ်၍ သင်၏ မိသားစု/ အိမ်ထောင်စု ဦးရေမှာ -	အိမ်ထောင်စု လစဉ် အကြမ်းဖျဉ်း ဝင်ငွေသည် FPG ၏ 200% သို့မဟုတ် အောက် ဖြစ်ပါက 100%	အိမ်ထောင်စု လစဉ် အကြမ်းဖျဉ်း ဝင်ငွေသည် FPG ၏ 201% နှင့် 400% ကြား ဖြစ်ပါက 50%
1	\$2,430 အထိ	\$2,431 မှ \$4,860 အထိ
2	\$3,287 အထိ	\$3,288 မှ \$6,573 အထိ
3	\$4,143 အထိ	\$4,144 မှ \$8,287 အထိ
4	\$5,000 အထိ	\$5,001 မှ \$10,000 အထိ
5	\$5,857 အထိ	\$5,858 မှ \$11,713 အထိ
6	\$6,713 အထိ	\$6,714 မှ \$13,427 အထိ





ပိုမိုကြီးမားသော အိမ်ထောင်စုများအတွက် လမ်းညွှန်ချက်များကို ရှာဖွေရန် aspe.hhs.gov/poverty ကို ကြည့်ပါ။

မေးခွန်းများ ရှိပါသလား။?

MFA အစီအစဉ်အတွက် အရည်အချင်း ပြည့်မီခြင်းနှင့် ပတ်သက်၍ မည်သည့် သတင်းအချက်အလက်ကိုမဆို သို့မဟုတ် မည်သည့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုအတွက် ဝန်ဆောင်မှု ပေးရသည်ကို ကြည့်ရှုရန် www.kp.org/mfa/ncal သို့ ဝင်၍ကြည့်ပါ သို့မဟုတ် **1-800-390-3507 (TTY 711)** သို့ ဖုန်းခေါ်ပါ။ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များ ပိုမို သိရှိလိုပါက ကျွန်ုပ်တို့အား **1-800-479-5764 (TTY 711)** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

မည်သို့ လျှောက်ထားရမည်နည်း

သင်သည် အရည်အချင်းပြည့်မီမှု လိုအပ်ချက်များကို ပြည့်မီပါက ဤနည်းလမ်း တစ်ခုခုဖြင့် သင်လျှောက်ထားနိုင်သည်။

 <p>အွန်လိုင်း</p>	<ul style="list-style-type: none"> • အွန်လိုင်း www.kp.org/mfa/ncal တွင်ရှိသော MFA လျှောက်လွှာကို ဖြည့်ပါ။ • အနောက်စာမျက်နှာရှိ MFA လျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်အားလုံးကို ပေးရန် ပြင်ဆင်ထားပါ။
 <p>၎င်းကို စာပို့ပါ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • အောက်ပါ စာမျက်နှာပေါ်တွင် MFA လျှောက်လွှာကို ဖြည့်ပါ။ • သင်၏ ပြီးပြည့်စုံသော လျှောက်လွှာကို- Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
 <p>၎င်းကို ဖက်စ်ပို့ပါ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • အောက်ပါ စာမျက်နှာပေါ်တွင် MFA လျှောက်လွှာကို ဖြည့်ပါ။ • သင်၏ ပြီးစီးသည့် လျှောက်လွှာကို 1-800-687-9901 သို့ ဖက်စ်ပို့ပါ။
 <p>ကိုယ်တိုင် ပို့ပါ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • အောက်ပါ စာမျက်နှာပေါ်တွင် MFA လျှောက်လွှာကို ဖြည့်ပါ။ • သင်၏ ပြီးပြည့်စုံသော လျှောက်လွှာကို Kaiser Permanente ဌာနတစ်ခုသို့ ကိုယ်တိုင်ပို့ပါ။

အရေးကြီးမှု စာဖြင့်ဖြစ်စေ၊ ဖက်စ်ဖြင့်ဖြစ်စေ အွန်လိုင်းလျှောက်ထားသည့်အခါ သို့မဟုတ် သင်၏လျှောက်လွှာကို လူကိုယ်တိုင်ဖြစ်စေ လာပို့သည့်အခါလျှောက်လွှာကို သင် တတ်နိုင်သလောက် သေချာအောင်ဖြည့်ပါ။ ပျောက်ဆုံးနေသော သတင်းအချက်အလက်များသည် လျှောက်လွှာ လုပ်ငန်းစဉ်ကို နှောင့်နှေးစေနိုင်သည်။

လျှောက်ထားပြီးနောက် ဘာကို မျှော်လင့်ရမလဲ

သင်၏ ပြည့်စုံသောလျှောက်လွှာကို ကျွန်ုပ်တို့ သုံးသပ်ပြီးနောက် ၎င်းကို လက်ခံရရှိပြီး ရက်ပေါင်းသုံးဆယ် (30) အတွင်း အောက်ပါရလဒ်များထဲမှ တစ်ခုကို သင့်အား အသိပေးပါမည်။

- သင့်လျှောက်လွှာကို အတည်ပြုခံရပါက သင် ထောက်ပံ့ငွေရရှိကြောင်း အသိပေးသည့်စာတစ်စောင်ကို သင်ရရှိပါမည်။
- သင့်လျှောက်လွှာ မပြည့်စုံပါက သင့်လျှောက်လွှာကိုဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်သော အချက်အလက်ကို ရှင်းပြပေးသည့် စာတစ်စောင်ကို သင်ရရှိပါမည်။ တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်ကို စာတိုက်မှပို့နိုင်သည် သို့မဟုတ် လူကိုယ်တိုင်သွားပို့နိုင်သည်။ ၎င်းတွင် ဝင်ငွေအထောက်အထား သို့မဟုတ် သင်၏ အိတ်စိုက်အသုံးစရိတ်များ၏ မိတ္တူများ ပါဝင်နိုင်သည်။
- သင့်လျှောက်လွှာကို ငြင်းပယ်လိုက်ပါက ၎င်းကို ငြင်းပယ်ရသည့် အကြောင်းရင်းကို သင့်အား အသိပေးသော စာတစ်စောင်ကို သင်ရရှိပါမည်။ ထိုသို့ငြင်းပယ်ခံရလျှင် သင်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်ကို အယူခံနိုင်သည်။

အကူအညီ လိုအပ်ပါသလား။

သင့်လျှောက်လွှာနှင့်ပတ်သက်၍ မေးမြန်းလိုသည်များရှိလျှင်ဖြစ်စေ၊ အကူအညီလိုအပ်လျှင်ဖြစ်စေ၊ သင့်လျှောက်လွှာ၏ အခြေအနေကို စစ်ဆေးရန် လိုအပ်လျှင်ဖြစ်စေ **1-800-390-3507 (TTY 711)** သို့ တနင်္လာမှ သောကြာအတွင်း မနက် **8:00** နာရီမှ ညနေ **5:00** (ပစိဖိတ်စံတော်ချိန်) အတွင်း ဖုန်းခေါ်ဝေါ်ပါ။ မည်သည့် Kaiser Permanente ရှိသည့်နေရာတွင်မဆို ငွေကြေးဆိုင်ရာ အတိုင်ပင်ခံနှင့်လည်း ဆွေးနွေးနိုင်သည်။

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ငွေကြေးထောက်ပံ့မှု (MFA) အစီအစဉ် လျှောက်လွှာ

အမည်- _____ ဆေးမှတ်တမ်း #- _____

မွေးနေ့- /_____/_____ ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ် #- (_____) _____ (SSN)။ _____ - _____ - _____

နေရပ်လိပ်စာ- _____

မြို့- _____ ပြည်နယ်- _____ စာပို့သင်္ကေတ- _____

အိမ်ထောင်စုအရွယ်- သင့်အိမ်တွင် နေထိုင်သော (သင်အပါအဝင်) မိသားစုဝင် အရေအတွက်။ အိမ်ထောင်ဖက် သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပြည့်ဝသော အိမ်ဖော်၊ ကလေးများ၊ မိဘ မဟုတ်သော အိမ်စောင့်ဆွေမျိုးများ စသည်တို့ ပါဝင်နိုင်သည်။

အိမ်ထောင်စု ဝင်ငွေ (လစဉ်)- အိမ်ထောင်စုရှိ မိသားစုဝင် အားလုံးအတွက် စုစုပေါင်း ဝင်ငွေ၊ သက်ဆိုင်သည့် ဝင်ငွေအမျိုးအစား အားလုံးကို စစ်ဆေးပါ။

- အလုပ်အကိုင် ဝင်ငွေ/လစာ ကလေးစရိတ်/ကလေးသူငယ် အထောက်အပံ့
- စီးပွားရေးဆိုင်ရာ ဝင်ငွေ/ငှားရမ်းထားသော အိမ်ခြံမြေ ပင်စင် သို့မဟုတ် အငြိမ်းစားယူခြင်း/ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုဝင်ငွေ
- အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့်များ/မသန်စွမ်းမှု ဝင်ငွေ လူမှုပူပန်ရေး/နောက်ဆက်တွဲ လုံခြုံရေး ဝင်ငွေ/စစ်ပြန် အကျိုးခံစားခွင့်များ

\$ _____

ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ကုန်ကျစရိတ်များ - Kaiser Permanente သို့မဟုတ် အခြား ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူမှ အရေးပေါ် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးကုသရန် လိုအပ်သော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သင် 12 လတာကာလအတွင်း သင်၏အိမ်စိုက် ကုန်ကျစရိတ် စုစုပေါင်း ပူးတွဲပေးချေမှု၊ စရန်ပေးချေမှု၊ ပူးတွဲအာမခံ သို့မဟုတ် ရထိုက်ခွင့်ရှိသော ကျန်းမာရေး၊ ဆေးဆိုင် သို့မဟုတ် သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ငွေနှုတ်ယူပေးချေခြင်းတို့ ပါဝင်နိုင်သည်။

\$ _____

ကျေးဇူးပြုပြီး အစီအစဉ်ကို လျှောက်ထားသော သင့်အိမ်ထောင်စုဝင်အားလုံးကို စာရင်းပြုစုပါ

အမည်	မွေးဖွားသည့် ရက်စွဲ	ဆက်ဆံရေး	ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်း #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

အာမခံ မရှိဘူးလား။ Kaiser Permanente က ကူညီနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အာမခံ မရှိပါက သင့်ရွေးချယ်နိုင်သည့်အရာများကို သင်နားလည်အောင် ကျွန်ုပ်တို့ ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။ သင့်ရွေးချယ်ခွင့်များအကြောင်း ဆွေးနွေးရန် Kaiser Permanente အား သင့်ထံ ဆက်သွယ်စေလိုပါက ဤအကွက်ကို အမှန်ခြစ်ပါ သို့မဟုတ် အဆိုပြုဈေးနှုန်းရယူရန် **1-800-479-5764 (TTY 711)** တွင် ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

ဟုတ်ကဲ့၊ ကျွန်တော်ကို ဆက်သွယ်ပါ

ဤလျှောက်လွှာတွင် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များ အားလုံးသည် တိကျမှန်ကန်သော သက်သေအထောက်အထားများဖြင့် ကျွန်တော် ကြေငြာအပ်ပါသည်။ အားလုံးသည် လေးစားသမှုနှင့် ပြည့်စုံပြီး တိကျပါသည်။ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ကြောင့် ပမာဏအားလုံးအတွက် Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ၏ အစီအစဉ်များအရ အရည်အချင်းမပြည့်မီသော ဆေးပစ္စည်းများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ (“ကျန်ရှိသောငွေများ”) အတွက် ကျွန်ုပ်တို့သည် တာဝန်ရှိသည်ဟုကိုလည်း အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

လက်မှတ်- _____ နေ့စွဲ- _____

မှတ်ချက် - Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals သည် MFA အစီအစဉ် အပါအဝင် ဖက်ဒရယ်၊ ပြည်နယ်နှင့် ပုဂ္ဂလိက ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အစီအစဉ်များအတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန် အသုံးပြုသူ ခရက်ဒစ်အစီရင်ခံသည့် အေဂျင်စီများနှင့် အခြားတတိယပါတီ သတင်းအချက် အလက်ရင်းမြစ်များမှ သတင်းအချက်အလက်များကို အသုံးပြုရန် အခွင့်အရေးရှိပါသည်။