

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປັບປົວພະຍາດ (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.

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA) ຂອງ Kaiser Permanente

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ໃບສັ່ງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ຫຼື ມີກໍານົດ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບຈາກ Kaiser Permanente, ໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (Medical Financial Assistance, MFA) ຂອງພວກເຮົາອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ວິທີເຮັດວຽກຂອງໂຄງການດັ່ງກ່າວ

- ໂຄງການມີ "ລາງວັນ" ຊຶ່ງຄາວເພື່ອຊ່ວຍຜູ້ສະໜັກທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ຈ່າຍຄ່າດູແລ ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການທາງການເງິນຂອງພວກເຂົາ.
- ມັນສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າໄດ້ຮັບລາງວັນ, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸກເສີນ ຫຼື ຈໍາເປັນທາງການແພດຈາກບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ບັນດາສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ກໍານົດໄວ້.
- ລາງວັນບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ໄດ້ກັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ເກັບເງິນນອກເມືອງ Kaiser Permanente.

ວິທີເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ

ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດທ່ານຕ້ອງຕອບສະໜອງໜຶ່ງໃນບັນດາມາດຕະຖານດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເກີນ 400% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຫຼື

2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຈິກຈາກຖົງຂອງຕົນ ສໍາລັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈໍາເປັນທາງການແພດ, ການປິ່ນປົວແຂ້ວ ແລະ ຢາກິນ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດຂອງທ່ານ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈິກຈາກຖົງຂອງຕົນລວມມີ ການຮ່ວມຈ່າຍ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບື້ອງປະກັນ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈິກຈາກຖົງຂອງຕົນບໍ່ໄດ້ລວມເອົາທຸກການຈ່າຍເງິນສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບື້ອງປະກັນປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ສະໜັກເຂົ້າໂຄງການ.

- ເນື່ອງຈາກວ່າໂຄງການ MFA ໃຫ້ລາງວັນທາງການເງິນພຽງຊຶ່ງຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໜັກການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານໃນໄລຍະຍາວ. ຊຶ່ງອາດຈະປະກອບມີໂຄງການສຸຂະພາບຂອງລັດ ຫຼື ເອກະຊົນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ເຊັ່ນ: Medi-Cal ຫຼື ແຜນໃຫ້ເງິນອຸດໜູນທີ່ມີຢູ່ໃນຕະຫຼາດປະກັນສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ສະໜັກເຂົ້າໃນບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກບັນດາໂຄງການດັ່ງກ່າວ. ແຕ່ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກໂຄງການ MFA ໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈຈາກບັນດາໂຄງການອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້.

ຖ້າຂະໜາດສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:	ລາງວັນ "100% ສໍາລັບລາຍຮັບລວມຍອດຂອງຄົວເຮືອນລາຍເດືອນ" ຫຼື "ຕໍ່າກວ່າ 200% ຂອງ FPG"	ລາງວັນ "50% ສໍາລັບລາຍຮັບລວມຍອດຂອງຄົວເຮືອນປະຈຳເດືອນລະຫວ່າງ 201% ແລະ 400% ຂອງ FPG"
1	ສູງສຸດ \$2,430	\$2,431 ຫາ \$4,860
2	ສູງສຸດ \$3,287	\$3,288 ຫາ \$6,573
3	ສູງສຸດ \$4,143	\$4,144 \$ ຫາ \$8,287
4	ສູງສຸດ \$5,000	\$5,001 ຫາ \$10,000
5	ສູງສຸດ \$5,857	\$5,858 ຫາ \$11,713
6	ສູງສຸດ \$6,713	\$6,714 ຫາ \$13,427

ເຂົ້າຊົມ aspe.hhs.gov/poverty ເພື່ອຊອກຫາ





ມີຄໍາຖາມບໍ?

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍສໍາລັບໂຄງການ MFA ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການດັ່ງກ່າວຮັບຈ່າຍໃຫ້ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບໃດແດ່, ເຂົ້າຊົມ www.kp.org/mfa/ncal ຫຼື ໂທຫາ **1-800-390-3507 (TTY 711)**.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ຫາໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ **1-800-479-5764 (TTY 711)**.

ວິທີສະໜັກ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມບັນດາເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໜັກໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 <p>ທາງອອນລາຍ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່ www.kp.org/mfa/ncal ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.
 <p>ສົ່ງແຜ່ກ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ແຜ່ກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ 1-800-687-9901.
 <p>ສົ່ງທາງໄປສະນີ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
 <p>ໄປສົ່ງເຖິງທີ່</p>	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ໄປສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວທີ່ຫ້ອງການການເງິນຂອງຄົນເຈັບທີ່ສະຖານຂອງ Kaiser Permanente

ສິ່ງສໍາຄັນ: ເມື່ອສະໜັກອອນລາຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຜ່ກ ຫຼື ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກຂອງທ່ານດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕື່ມໄດ້. ການຂາດຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງອາດຈະເຮັດໃຫ້ຂັ້ນຕອນການສະໜັກມີຄວາມຊັກຊ້າ.

ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໜັກ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາກວດເບິ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບຜົນໄດ້ຮັບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ພາຍໃນເວລາ 30 ວັນຂອງການໄດ້ຮັບ:

- ຖ້າຫາກວ່າໃບສະໜັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງເຕືອນທ່ານກ່ຽວກັບລາງວັນທາງການເງິນ
- ຖ້າໃບສະໜັກຂອງທ່ານບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍທີ່ອະທິບາຍຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອປະມວນຜົນໃບສະໜັກຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສົ່ງອີເມວ ຫຼື ໃນບຸກຄົນລົງຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍ; ອັນນີ້ອາດລວມເຖິງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ ຫຼື ສໍາເນົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອອກຈາກກະເປົາຂອງທ່ານ.
- ຖ້າໃບສະໜັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງບອກທ່ານວ່າເປັນຫຍັງມັນຖືກປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ?

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມຫຼືຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງສະໜັກຂອງທ່ານ ຫຼື ຕ້ອງການກວດສອບສະຖານະພາບຂອງຄໍາຮ້ອງສະໜັກຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໃຫຫາ **1-800-390-3507 (TTY 711)**, ວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຮອດ 5:00 ໂມງແລງ, ເວລາປີຊີເຟິກ. ທ່ານຍັງສາມາດລົມກັບທີ່ປຶກສາດ້ານການເງິນໄດ້ຢູ່ບ່ອນໃດກໍໄດ້ຂອງ Kaiser Permanente.

ຄຳຮ້ອງຂໍສະໜັກເຂົ້າໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສຳລັບການປັບປຸງພະຍາດ (MFA)

ຊື່: _____ ປະຫວັດການປັບປຸງ #: _____
 ວັນເດືອນປີເກີດ: ____/____/____ ຜູ້ຕິດຕໍ່ #: (____) _____ ເລກທີປະກັນສັງຄົມ (SSN): ____-____-____
 ທີ່ຢູ່: _____
 ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ຂະໜາດຂອງຄົວເຮືອນ: ຈຳນວນສະມາຊິກຄອບຄົວ (ລວມທັງທ່ານ) ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ. ອາດລວມມີຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ກິນຢູ່ຮ່ວມກັນ, ລູກ, ຍາດເພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່ ທີ່ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ ແລະ ອື່ນໆ. _____

ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນ (ລາຍເດືອນ): ລາຍໄດ້ລວມຍອດທັງໝົດສຳລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນ. ໝາຍເອົາທຸກປະເພດລາຍໄດ້ທີ່ນຳໃຊ້:

<input type="checkbox"/> ລາຍໄດ້/ຄ່າຈ້າງຈາກການອອກແຮງງານ	<input type="checkbox"/> ເງິນຄ່າລ້ຽງດູ/ຄ່າລ້ຽງດູລູກ
<input type="checkbox"/> ລາຍໄດ້ຈາກທຸລະກິດ/ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ	<input type="checkbox"/> ເງິນບໍານານ ຫຼື ເຂົ້າກະສຽນ/ເງິນລາຍປີ
<input type="checkbox"/> ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ລາຍໄດ້ຄົນພິການ	<input type="checkbox"/> ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມ/ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມເສີມ/ເງິນສົ່ງເຄາະນັກຮົບເກົ່າ

\$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບ: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈຶກຈາກຖົງຕົນເອງທັງໝົດ ທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ ສຳລັບການບໍລິການປັບປຸງສຸຂະພາບ ຫຼື ຈຳເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະລວມມີການຮ່ວມຈ່າຍ, ເງິນມັດຈຳ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບື້ອງປະກັນສຳລັບການມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການປັບປຸງພະຍາດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ການປັບປຸງແຂ້ວ. \$ _____

ກະລຸນາລະບຸຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໜັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ.

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນ	ປະຫວັດການປັບປຸງ #
_____	/ /	_____	_____
_____	/ /	_____	_____
_____	/ /	_____	_____
_____	/ /	_____	_____
_____	/ /	_____	_____

ບໍ່ມີປະກັນໄພແມ່ນບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຂອງທ່ານ. ກວດເບິ່ງກ່ອງມືຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບທາງເລືອກຂອງທ່ານ ຫຼື ທ່ານສາມາດອ້າງອີງ. ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-479-5764 (TTY 711)** ເພື່ອຮັບ. ແມ່ນແລ້ວ, ຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງໃນຄຳຮ້ອງຂໍສະໜັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນທຸກປະການ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຮັບຮູ້ ແລະ ຕົກລົງເຫັນດີອີກວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ສຳລັບຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ສຳລັບຜະລິດຕະພັນ ແລະ ການບໍລິການທາງການແພດຕ່າງໆ ທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ໂຄງການ (“ຈຳນວນເງິນທີ່ເຫຼືອຢູ່”).

ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

ໝາຍເຫດ: ແຜນສຸຂະພາບຂອງ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ສະຫງວນສິດໃນການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານການລາຍງານເອກະລາຍຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຕ່າງໆຂອງບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ ເພື່ອກຳນົດການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມບັນດາໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ຂອງລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.