

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປັບປຸງພະຍາດ (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” ຊົ່ວຄາວເພື່ອຊ່ວຍຜູ້ສະໝັກທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ຈ່າຍຄ່າດູແລ ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການທາງການເງິນຂອງພວກເຂົາ.
- ມັນສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າໄດ້ຮັບລາງວັນ, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ຈ່າຍເງິນທາງການແພດຈາກບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ບັນດາສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ກໍານົດໄວ້.
- ລາງວັນບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ໄດ້ກັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ເກັບເງິນນອກເມືອງ Kaiser Permanente.

ວິທີເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ

ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດທ່ານຕ້ອງຕອບສະໜອງໜຶ່ງໃນບັນດາມາດຕະຖານດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:*

1. ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເກີນ 400% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

* **ໝາຍເຫດ:** ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນຫຼາຍກວ່າ 400% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ/ຫຼື ທ່ານແມ່ນສະມາຊິກຂອງ Kaiser Permanente ທີ່ມີແຜນທີ່ຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ, ທ່ານຈະຕ້ອງບັນລຸໃຫ້ໄດ້ຕາມມາດຕະຖານຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຫຼື

2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຈິກຈາກຖົງຂອງຕົນ ສໍາລັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈ່າຍເງິນທາງການແພດ, ການປິ່ນປົວແຂ້ວ ແລະ ຢາກິນ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດຂອງທ່ານ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈິກຈາກຖົງຂອງຕົນລວມມີ ການຮ່ວມຈ່າຍ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈິກຖົງຂອງຕົນບໍ່ໄດ້ລວມເອົາທຸກການຈ່າຍເງິນສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບ້ຍປະກັນປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.

- ເນື່ອງຈາກວ່າໂຄງການ MFA ໃຫ້ລາງວັນທາງການເງິນພຽງຊົ່ວຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານໃນໄລຍະຍາວ. ຊຶ່ງອາດຈະປະກອບມີໂຄງການສຸຂະພາບຂອງລັດ ຫຼື ເອກະຊົນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ເຊັ່ນ: Medi-Cal ຫຼື ແຜນໃຫ້ເງິນອຸດໜູນທີ່ມີຢູ່ໃນຕະຫຼາດປະກັນສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໃນບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຍັງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກບັນດາໂຄງການດັ່ງກ່າວ. ແຕ່ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກໂຄງການ MFA ໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈຈາກບັນດາໂຄງການອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້.

ຄ່າແນະນຳກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ (Federal Poverty Guidelines, FPG) ປະຈຳປີ 2023

ຖ້າຂະໜາດສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:	ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງບໍ່ເກີນ 400 % ຂອງ FPG:	
	ລາຍເດືອນ	ລາຍປີ
1	\$4,860	\$58,320
2	\$6,573	\$78,880
3	\$8,287	\$99,440
4	\$10,000	\$120,000
5	\$11,713	\$140,560
6	\$13,427	\$161,120

ເຂົ້າຊົມ [aspe.hhs.gov/poverty](https://www.aspe.hhs.gov/poverty) ເພື່ອຊອກຫາຄ່າແນະນຳສໍາລັບຄົວເຮືອນທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ.




ມີຄໍາຖາມບໍ?

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

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

ວິທີສະໜັກ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມບັນດາຕົ້ນຂອງຂໍ້ໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໜັກໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 ທາງອອນລາຍ	<ul style="list-style-type: none"> ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່ www.kp.org/mfa/scal ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.
 ສົ່ງແຜ່ກ	<ul style="list-style-type: none"> ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ແຜ່ກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ 1-866-519-1693.
 ສົ່ງທາງໄປສະນີ	<ul style="list-style-type: none"> ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 ໄປສົ່ງເຖິງທີ່	<ul style="list-style-type: none"> ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ໄປສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວທີ່ພະແນກຮັບຄືນເຈັບຂອງໂຮງໝໍ Kaiser Permanente ປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
 ເຂົ້າພົບ ທີ່ບຶກສາທາງດ້ານການເງິນ	<ul style="list-style-type: none"> ເຂົ້າພົບທີ່ບຶກສາທາງດ້ານການເງິນຢູ່ສະຖານທີ່ແຕ່ງໃດໜຶ່ງຂອງພວກເຮົາທີ່ກຳນົດໄວ້, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ PST. ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.

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

ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໜັກ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາກວດເບິ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບຜົນໄດ້ຮັບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ພາຍໃນເວລາ 30 ວັນຂອງການໄດ້ຮັບ:

- ຖ້າຫາກວ່າໃບສະໜັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງເຕືອນທ່ານກ່ຽວກັບລາງວັນທາງການເງິນ.
- ຖ້າໃບສະໜັກຂອງທ່ານບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍທີ່ອະທິບາຍຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນເພື່ອປະມວນຜົນໃບສະໜັກຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສົ່ງອີເມວ ຫຼື ໃບບຸກຄົນລົງຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍ; ອັນນີ້ອາດລວມເຖິງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ ຫຼື ສຳເນົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອອກຈາກກະເປົາຂອງທ່ານ.
- ຖ້າໃບສະໜັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງບອກທ່ານວ່າເປັນຫຍັງມັນຖືກປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່?

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

ຄຳຮ້ອງຂໍສະໜັກເຂົ້າໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສຳລັບການປົນປົວພະຍາດ (MFA)

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

ຂະໜາດຂອງຄົວເຮືອນ: ຈຳນວນສະມາຊິກຄອບຄົວ (ລວມທັງທ່ານ) ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຂອງທ່ານ. ອາດລວມມີຄູ່ລົມລົດ ຫຼື ຄູ່ກິນຢູ່ຮ່ວມກັນ, ລູກ, ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລ ທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່ 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: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈັກຈາກຖົງຕົນເອງທັງໝົດ ທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນສຳລັບການບໍລິການປົນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈຳເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະລວມມີການຮ່ວມຈ່າຍ, ເງິນມັດຈ່າ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນດ້ວຍປະກັນ ສຳລັບການມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການປົນປົວພະຍາດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ການປົນປົວເຂັ້ວ.

\$

ກະລຸນາລະບຸຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໜັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ.

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນ	ປະຫວັດການປົນປົວ #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

ບໍ່ມີປະກັນໄພແມ່ນບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຂອງທ່ານ. ກວດເບິ່ງກອງມືຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ 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 ສະຫງວນສິດໃນການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານການລາຍງານເຄຸດິດຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຕ່າງໆຂອງບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ ເພື່ອກຳນົດການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມບັນດາໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ຂອງລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.