

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

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA) ຂອງ Kaiser Permanente

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

ວິທີເຮັດວຽກຂອງໂຄງການດັ່ງກ່າວ

- ໂຄງການມີ "ລາງວັນ" ຊຶ່ງຄາວເພື່ອຊ່ວຍຜູ້ສະໝັກທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ຈ່າຍຄ່າດູແລ ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການທາງການເງິນ ຂອງພວກເຂົາ.
- ມັນສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າໄດ້ຮັບລາງວັນ, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸກເສີນ ຫຼື ຈ່າເປັນທາງການແພດຈາກບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ບັນດາສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້.

ວິທີເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ

ທ່ານຕ້ອງບັນລຸໄດ້ຕາມເງື່ອນໄຂທີ່ຕ້ອງການໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເກີນ 300% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຈົກຈາກຖົງຂອງຕົນ ສໍາລັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈ່າເປັນທາງການແພດ, ການປິ່ນປົວແຂ້ວ ແລະ ຢາກິນ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກ່ວາ 10% ຂອງລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດຂອງທ່ານ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈົກຈາກຖົງຂອງຕົນລວມມີ ການຮ່ວມຈ່າຍ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບື້ອງປະກັນ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈົກຖົງຂອງຕົນບໍ່ໄດ້ລວມເອົາທຸກການຈ່າຍເງິນ ສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບື້ອງປະກັນປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.

- ເນື່ອງຈາກວ່າໂຄງການ MFA ໃຫ້ລາງວັນທາງການເງິນພຽງຊຶ່ງຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານໃນໄລຍະຍາວ. ຊຶ່ງອາດຈະປະກອບມີໂຄງການສຸຂະພາບຂອງລັດ ຫຼື ເອກະຊົນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ເຊັ່ນ: Medicaid ຫຼື ແຜນໃຫ້ເງິນອຸດໜູນທີ່ມີຢູ່ໃນຕະຫຼາດປະກັນສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໃນບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກບັນດາໂຄງການດັ່ງກ່າວ. ແຕ່ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກໂຄງການ MFA ໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈຈາກບັນດາໂຄງການອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້.

ຄ່າແນະນຳກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກທີ່ລັດທະບານກາງວາງອອກໃນປີ 2022 (Federal Poverty Guidelines, FPG)			
ຖ້ຳຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:	ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງບໍ່ເກີນ:		
	ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ 100% ສໍາລັບລາຍໄດ້ລວມປະຈໍາປີທີ່ 200% FPG ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ 200% FPG	ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ 75% ສໍາລັບລາຍໄດ້ລວມປະຈໍາປີທີ່ 201% ແລະ 250% FPG	ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ 50% ສໍາລັບລາຍໄດ້ລວມປະຈໍາປີທີ່ 251% ແລະ 300% FPG
1	ສູງສຸດ \$27,180	\$27,181 ຫາ \$33,975	\$33,976 ຫາ \$40,770
2	ສູງສຸດ \$36,620	\$36,621 ຫາ \$45,775	\$45,776 ຫາ \$54,930
3	ສູງສຸດ \$46,060	\$46,061 ຫາ \$57,575	\$57,576 ຫາ \$69,090
4	ສູງສຸດ \$55,500	\$55,501 ຫາ \$69,375	\$69,376 ຫາ \$83,250
5	ສູງສຸດ \$64,940	\$64,941 ຫາ \$81,175	\$81,176 ຫາ \$97,410
6	ສູງສຸດ \$74,380	\$74,381 ຫາ \$92,975	\$92,976 ຫາ \$111,570

ເຂົ້າຊົມ aspe.hhs.gov/poverty ເພື່ອຊອກຫາ ຄ່າແນະນຳສໍາລັບຄົວເຮືອນທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ.






ມີຄໍາຖາມບໍ?

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍສໍາລັບໂຄງການ MFA ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການດັ່ງກ່າວຮັບຈ່າຍໃຫ້ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບໃດແດ່, ເຂົ້າຊົມ www.kp.org/mfa/wa ຫຼື ໂທຫາ **1-800-442-4014 (TTY 711)**; ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາ PST.

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

ວິທີສະໜັກ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມບັນດາເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໜັກໄດ້ດ້ວຍລ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 ທາງອອນລາຍ	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່ www.kp.org/mfa/wa ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.
 ສົ່ງທາງໄປສະນີ	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584
 ສົ່ງແຜ່ກ	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ແຜ່ກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ 1-206-877-0640.
 ໄປສົ່ງເຖິງທີ່	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ໄປສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວທີ່ຫ້ອງການທຸລະກິດ ຫຼື ບ່ອນເຊັກອິນທີ່ສະຖານທີ່ແຫ່ງໃດໜຶ່ງຂອງ Kaiser Permanente.
 ໂທຫາພວກເຮົາ	<ul style="list-style-type: none"> ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-442-4014, (TTY 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແດງ ເວລາມາດຕະຖານປາຊີຟິກ (Pacific Standard Time, PST). ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.

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

ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໜັກ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາກວດເບິ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບຜົນໄດ້ຮັບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວ ແລະ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບລາງວັນດ້ານການເງິນ.
- ເພື່ອປະກອບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກຂອງທ່ານໃຫ້ສໍາເລັດ, ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນ ຫຼື ເອກະສານເພີ່ມຕື່ມ ຊຶ່ງທ່ານສາມາດສົ່ງໃຫ້ພວກເຮົາທາງໄປສະນີ ຫຼື ສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ; ອາດຈະວວມມີຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ ຫຼື ສໍາເນົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆ ທີ່ຈົກຈາກຖົງຂອງທ່ານ.
- ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ແລະ ເປັນຫຍັງຈຶ່ງຖືກປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້ທ່ານສາມາດອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ?

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສະໜັກຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-442-4014** (TTY **711**), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແດງ PST. ທ່ານຍັງສາມາດປຶກສາກັບທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນຢູ່ສະຖານທີ່ແຫ່ງໃດແຫ່ງໜຶ່ງຂອງ Kaiser Permanente ໄດ້.

ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກເຂົ້າໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA)

ຊື່: _____ ປະຫວັດການປິ່ນປົວ #: _____

ວັນເດືອນປີເກີດ: ____ / ____ / ____ ຜູ້ຕິດຕໍ່ #: (____) _____ ເລກທີປະກັນສັງຄົມ (SSN): ____ - ____ - ____

ທີ່ຢູ່: _____

ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ຂະໜາດຂອງຄົວເຮືອນ: ຈໍານວນສະມາຊິກຄອບຄົວ (ລວມທັງທ່ານ) ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຂອງທ່ານ. ອາດລວມມີຄູ່ສົມລົດ 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/ເງິນສົ່ງເສີມນັກຮົບເກົ່າ |

\$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບ: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈົກຈາກຖົງຕົນເອງທັງໝົດ ທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນສໍາລັບການບໍລິການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈໍາເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະລວມມີການຮ່ວມຈ່າຍ, ເງິນມັດຈໍາ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ການຈ່າຍແບບ ຫຼຸດຜ່ອນເບື້ອງປະກັນ ສໍາລັບການມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວພະຍາດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ການປິ່ນປົວແຂ້ວ. \$ _____

ກະລຸນາລະບຸຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໜັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ.

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນ	ປະຫວັດການປິ່ນປົວ #
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____
_____	____ / ____ / ____	_____	_____

ບໍ່ມີປະກັນໄພແມ່ນບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຕ່າງໆຂອງທ່ານໄດ້. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານຢາກໃຫ້ Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອປຶກສາຫາລືເຖິງທາງເລືອກຕ່າງໆຂອງທ່ານ. 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 ສະໜອງວນສິດໃນການນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານການລາຍງານເສດຖະກິດຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຕ່າງໆຂອງບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ ເພື່ອກໍານົດການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມບັນດາໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ຂອງລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.