

## โปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA)

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพหรือค่าใบสั่งยาที่คุณได้รับแล้ว หรือมีกำหนดจะเข้ารับ จาก Kaiser Permanente โปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA) ของเราอาจช่วยคุณได้ คุณสามารถสมัครได้โดยการกรอกและส่งใบสมัคร รวมถึงข้อมูลรายได้ครัวเรือนของคุณ

### โปรแกรมนี้ทำงานอย่างไร

- โปรแกรมจะมอบ “รางวัล” ชั่วคราวเพื่อช่วยผู้สมัครที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจ่ายค่าดูแลตามความจำเป็นทางการเงิน ของตน
- มีให้แก่ผู้ป่วยของ Kaiser Permanente ทุกคน ไม่ว่าคุณจะเป็นสมาชิกหรือไม่ก็ตาม
- หากได้รับรางวัล โปรแกรมจะครอบคลุมการดูแลสุขภาพ/เร่ดด่วน หรือที่จำเป็นทางการแพทย์ทั้งหมดจากผู้ให้บริการ ของ Kaiser Permanente หรือที่สถานบริการของ Kaiser Permanente ตามเวลาที่ระบุไว้
- รางวัลนี้ไม่รวมถึงบริการดูแลสุขภาพที่ให้บริการและเรียกเก็บเงินนอกสถานบริการของ Kaiser Permanente

### วิธีการคัดเลือก

คุณต้องมีคุณสมบัติตรงตามหนึ่งในเกณฑ์ต่อไปนี้ จึงจะผ่านการคัดเลือก:

1. รายได้ครัวเรือนรวม (รายได้ก่อนหักภาษีและค่า ลดหย่อน) ของคุณคิดเป็น 300% ของการตัดสินใจ ระดับความยากจนของรัฐบาลกลางหรือต่ำกว่า
- หรือ
2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ต้องชำระเองสำหรับ บริการฉุกเฉินหรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ ทันตกรรม และค่ายาในระยะเวลา 12 เดือนคิดเป็น 10% ของรายได้ครัวเรือนรวมหรือมากกว่า
    - ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองรวมถึงยอดเงินคงที่ร่วม จ่าย การประกันร่วม และความรับผิดชอบส่วน แรก
    - ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองไม่รวมถึงการชำระเงิน ใดๆ สำหรับตัวแผนประกันสุขภาพเอง เช่น เบี้ย ประกันรายเดือน

แนวทางตัดสินความยากจนของรัฐบาลกลาง (Federal Poverty Guidelines, FPG) ปี 2024		
หากขนาด ครัวเรือน/ ครอบครัว ของคุณคือ:	รางวัล 100% สำหรับรายได้ ครัวเรือนรวมที่คิด เป็น 200% ของ FPG หรือต่ำกว่า	รางวัล 50% สำหรับ รายได้ครัวเรือน รวมที่อยู่ระหว่าง 201% ถึง 300% ของ FPG
1	ไม่เกิน \$2,885 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$2,886 ถึง \$4,328 ดอลลาร์สหรัฐฯ
2	ไม่เกิน \$3,917 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$3,918 ถึง \$5,875 ดอลลาร์สหรัฐฯ
3	ไม่เกิน \$4,948 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$4,949 ถึง \$7,423 ดอลลาร์สหรัฐฯ
4	ไม่เกิน \$5,980 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$5,981 ถึง \$8,970 ดอลลาร์สหรัฐฯ
5	ไม่เกิน \$7,012 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$7,013 ถึง \$10,518 ดอลลาร์สหรัฐฯ
6	ไม่เกิน \$8,043 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$8,044 ถึง \$12,065 ดอลลาร์สหรัฐฯ

สามารถค้นหาแนวทางสำหรับครัวเรือนที่ใหญ่กว่านี้ได้ที่ [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty)

### หากมีข้อสงสัย






สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่านเกณฑ์คุณสมบัติสำหรับโปรแกรม MFA หรือหาก ต้องการดูว่าโปรแกรมจะจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพใดบ้าง ให้ไปที่ [kp.org/mfa/hawaii](https://kp.org/mfa/hawaii) (ภาษาอังกฤษ) โทร 808-432-7940 หรือ 808-598-5928 (TTY 711) หรือสแกนรหัส นี้ เราพร้อมให้บริการตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 น. ถึง 17.00 น. ตามเวลา มาตรฐานของฮาวาย

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวเลือกความคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพ โปรดโทร ติดต่อเราที่ 1-800-479-5764 (TTY 711)



## วิธีการสมัคร

หากคุณมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ คุณสามารถสมัครด้วยวิธีใดต่อไปนี้ก็ได้

 <b>ออนไลน์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัครเข้าร่วม MFA ออนไลน์ <a href="https://kp.org/mfa/hawaii">kp.org/mfa/hawaii</a></li> <li>โปรดเตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดที่ระบุในใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไป</li> </ul>
 <b>ทางแฟกซ์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไปนี</li> <li>ส่งแฟกซ์ใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วไปที่ <b>808-432-7950</b></li> </ul>
 <b>ทางไปรษณีย์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไปนี</li> <li>ส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วทางไปรษณีย์ไปที่: Kaiser Permanente Attention: MFA Program - Business Services 3288 Moanalua Road Honolulu, HI 96819-1469</li> </ul>
 <b>ส่งด้วยตัวเอง</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไปนี</li> <li>ส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วด้วยตัวเองในสถานบริการของ Kaiser Permanente ทุกแห่ง</li> </ul>
 <b>เข้าพบที่ปรึกษาทางการเงิน</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เข้าพบที่ปรึกษาทางการเงินที่หนึ่งในสถานบริการที่กำหนดของเรา ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8:30 น. ถึง 17.00 น. ตามเวลามาตรฐานของฮาวาย</li> <li>โปรดเตรียมให้ข้อมูลทั้งหมดที่ระบุในใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไป</li> </ul>

**สำคัญ:** เมื่อสมัครออนไลน์ สมัครทางไปรษณีย์หรือแฟกซ์ หรือส่งใบสมัครด้วยตัวเอง โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่ากรอกข้อมูลในใบสมัครให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนอาจทำให้กระบวนการสมัครของคุณล่าช้า และอาจส่งผลให้ถูกปฏิเสธการช่วยเหลือได้

### หากต้องการความช่วยเหลือ

หากคุณมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร หรือต้องการตรวจสอบสถานะใบสมัครของคุณ โปรดโทรติดต่อที่ **808-432-7940** หรือ **1-800-598-5928 (TTY 711)** ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.30 น. ถึง 17.00 น. ตามเวลามาตรฐานของฮาวาย นอกจากนี้คุณยังสามารถพูดคุยกับที่ปรึกษาด้านการเงินที่หนึ่งในสถานบริการที่เรากำหนดไว้

### เอกสารรับรองรายได้

การตรวจสอบรายได้เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินใจว่ามีสิทธิ์รับความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์หรือไม่ การแนบเอกสารรับรองรายได้มาพร้อมกับใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วจะช่วยยืนยันความแม่นยำของรายได้ของคุณ ในกระบวนการตรวจสอบ ตารางทางด้านล่างจะระบุเอกสารทางเลือกที่จะต้องจัดส่งตามแหล่งที่มาของรายได้ครัวเรือนของคุณ

แหล่งที่มาของรายได้ครัวเรือน	ส่งมอบหนึ่งในเอกสารต่อไปนี้เพียงฉบับเดียวตามแหล่งที่มาของรายได้
รายได้จากธุรกิจ/การปล่อยเช่า	หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
รายได้จากการจ้างงาน/ค่าแรง	ประวัติค่าจ้างล่าสุด หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
เงินบำนาญ/เงินเกษียณ/เงินประจำปีที่ได้รับ	ประวัติค่าจ้างล่าสุด หนังสือรับรองเงินบำนาญ/เงินกองทุนเกษียณ หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
รายได้จากอาชีพอิสระ	ประวัติค่าจ้างล่าสุด หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
รายได้จากประกันสังคม/ประกันเสริม	หนังสือรับรองสิทธิประโยชน์จากสำนักงานประกันสังคม หนังสือรับรองประกันสังคม
รายได้จากเงินชดเชยการว่างงาน/ผู้พิการ	หนังสือรับรองเงินชดเชยการว่างงาน/ผู้พิการ หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
รายได้จากสิทธิประโยชน์ทหารผ่านศึก	หนังสือรับรองสิทธิประโยชน์ VA หนังสือรับรอง W-2s, 1099 หรือเงินคืนภาษีล่าสุด
ความช่วยเหลือจากรัฐ (เช่น Medicaid, TANF, SNAP, WIC หรือที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย)	หนังสือรับรองการผ่านเกณฑ์
รายได้จากดอกเบี้ยหรือเงินปันผล	เงินคืนภาษีล่าสุด
ค่าอุปการะเลี้ยงดูคู่สมรส/บุตรที่ได้รับ	หนังสือแสดงรายได้รวมต่อเดือนที่ได้รับจากค่าเลี้ยงดูบุตรหรือค่าอุปการะเลี้ยงดู
ไม่มีรายได้ครัวเรือน	ค่าใช้จ่าย/ค่าชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร

### สิ่งที่คุณจะพบหลังจากสมัคร

หลังจากที่เราตรวจสอบใบสมัครที่คุณกรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบผลข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ภายในสามสิบ (30) วันหลังจากได้รับ:

- หากใบสมัครของคุณได้รับอนุมัติ คุณจะได้รับหนังสือแจ้งรางวัลทางการเงินของคุณ
- หากใบสมัครของคุณไม่สมบูรณ์ คุณจะได้รับหนังสือชี้แจงข้อมูลที่จำเป็นต่อการประมวลผลใบสมัครของคุณ คุณสามารถส่งข้อมูลที่ขอได้ทั้งทางไปรษณีย์และมาส่งด้วยตัวเอง ซึ่งอาจรวมถึงเอกสารรับรองรายได้หรือสำเนาค่าใช้จ่ายที่คุณชำระเอง
- หากใบสมัครของคุณถูกปฏิเสธ คุณจะได้รับหนังสือแจ้งสาเหตุที่ทำให้ถูกปฏิเสธ โดยในกรณีนี้คุณสามารถอุทธรณ์การตัดสินใจของเราได้

**ใบสมัครเข้าร่วมโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์  
 (Medical Financial Assistance, MFA)**

ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ป่วย	
ชื่อ	หมายเลขทะเบียน (ไม่บังคับ)
วันเดือนปีเกิด	หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ฉันไม่มีหมายเลขประกันสังคม</span>
ที่อยู่ทางไปรษณีย์ (ถนน)	

เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
ขณะนี้ผู้ป่วยไม่มีที่อยู่อาศัยใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หมายเลขโทรศัพท์หลัก	<input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> มือถือ <input type="checkbox"/> ที่ทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ

ผู้ป่วยได้ลงทะเบียนกับโปรแกรมช่วยเหลือระดับมลรัฐ เช่น Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย หรือ Medicaid ไว้หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

ส่วนที่ 2: ข้อมูลครัวเรือน
----------------------------

**ขนาดครัวเรือน:** จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (รวมถึงตัวคุณเอง) ที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ อาจประกอบด้วยคู่สมรส ผู้อยู่กินด้วยกันที่ผ่านการรับรอง บุตรหลาน ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บิดามารดา ญาติ ฯลฯ

**รายได้ครัวเรือน (ต่อเดือน):** รายได้รวมทั้งหมด (รายได้ก่อนหักภาษีและค่าลดหย่อน) ของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่มีอายุมากกว่า 18 ปี กาที่ประเภทรายได้ทุกข้อที่ใช้:

<input type="checkbox"/> รายได้จากธุรกิจ/การปล่อยเช่า	<input type="checkbox"/> รายได้จากประกันสังคม/ประกันเสริม
<input type="checkbox"/> รายได้จากจ้างงาน/ค่าแรง	<input type="checkbox"/> รายได้จากเงินชดเชยการว่างงาน/ผู้พิการ
<input type="checkbox"/> รายได้จากสิทธิประโยชน์ทหารผ่านศึก	<input type="checkbox"/> ค่าอุปการะเลี้ยงดูคู่สมรส/บุตรที่ได้รับ
<input type="checkbox"/> รายได้จากดอกเบี้ยหรือเงินปันผล	<input type="checkbox"/> เงินบำนาญ/เงินเกษียณ/เงินประจำปีที่ได้รับ
<input type="checkbox"/> รายได้จากอาชีพอิสระ	<input type="checkbox"/> ไม่มีใครในครัวเรือนของฉันมีรายรับหรือได้รับรายได้ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา

หากรายได้รวมต่อปีของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนเป็นศูนย์ ให้กาช่องค่าให้การทางด้านบนและด้านล่าง ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรว่าสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่ดำรงชีวิตอยู่อย่างไรโดยปราศจากรายได้ เช่น อาหาร ที่พัก สาธารณูปโภค และสิ่งจำเป็นอื่นๆ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ:** ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองทั้งหมดของคุณในระยะเวลา 12 เดือนสำหรับบริการฉุกเฉินหรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ที่มอบให้โดย Kaiser Permanente หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นใด อาจรวมถึงยอดเงินคงที่ร่วมจ่าย เงินมัดจำ การประกันร่วม หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับบริการทางการแพทย์ ยา หรือทันตกรรมที่มีสิทธิ์

\$ \_\_\_\_\_

โปรดระบุสมาชิกในครัวเรือนของคุณทุกคนที่สมัครเข้ารับความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์

ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	ความสัมพันธ์	# เวชระเบียน
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

หากไม่มีประกัน Kaiser Permanente ช่วยได้ หากคุณไม่มีความคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพ เราสามารถช่วยคุณทำความเข้าใจตัวเลือกที่คุณมีได้ กาขของนี้หากต้องการให้ Kaiser Permanente ติดต่อคุณเพื่อหารือเกี่ยวกับตัวเลือกที่คุณมี หรือโทรติดต่อเราได้ที **1-800-479-5764 (TTY 711)** เพื่อรับการเสนอราคา

โปรดติดต่อด่วน

ข้าพเจ้าขอประกาศไว้ ณ ที่นี้ว่าข้อมูลทั้งหมดที่ระบุไว้ข้างต้นในใบสมัครนี้เป็นความจริง เทียงตรง และสมบูรณ์ทุกประการ ข้าพเจ้ายังรับทราบและยอมรับว่าข้าพเจ้ามีภาระรับผิดชอบต่อ Kaiser Foundation Health Plan และโรงพยาบาล (KFH/HP) ตามจำนวนที่เป็นหนี้ต่อ Kaiser Foundation Health Plan และโรงพยาบาลสำหรับสินค้าและบริการทางการแพทย์ที่ไม่เข้าเกณฑ์ของโปรแกรม (“จำนวนคงเหลือ”)

**หมายเหตุ:** หากไม่ได้มอบเอกสารรับรองรายได้ Kaiser Foundation Health Plan และโรงพยาบาลจะใช้ข้อมูลจากสำนักงานรายงานเครดิตผู้บริโภคและแหล่งข้อมูลซึ่งเป็นบุคคลที่สามอื่นๆ เพื่อตัดสินคุณสมบัติที่มีสิทธิ์ของโปรแกรมทางการแพทย์ในระดับรัฐบาลกลาง มลรัฐ และเอกชน รวมถึงโปรแกรม MFA

เมื่อส่งใบสมัครนี้ ถือว่าข้าพเจ้าอนุญาตให้ KFH/HP ขอข้อมูลจากสำนักงานรายงานเครดิตผู้บริโภคและแหล่งข้อมูลซึ่งเป็นบุคคลที่สามอื่นๆ เพื่อยืนยันข้อมูลใดๆ ที่มอบให้ไว้ในใบสมัครนี้ซึ่งถือว่าจำเป็นต้องตรวจสอบ

ลายมือชื่อ	วันที่
------------	--------

เราจะใช้ความพยายามตามสมควรทั้งหมดเพื่อดำเนินการกับใบสมัครของคุณอย่างรวดเร็วที่สุด และเมื่อใบสมัครของคุณได้รับการตรวจสอบแล้ว คุณจะได้รับหนังสือยืนยันผล

# NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

**English:** If you need help in your language, language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). Call our Member Service Contact Center at 1-800-464-4000 (TTY 711) for help or visit any registration desk for more information at any Kaiser Permanente hospital, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, large print, audio, and other accessible electronic formats are also available.

**Bisaya:** Kon kinahanglan kag tabang diha sa imong pinulongan, available ang libreng tabang sa pinulongan, 24 oras kada adlaw, 7 ka adlaw kada semana (sirado sa mga holiday). Tawag sa among Member Service Contact Center sa 1-800-464-4000 (TTY 711) para sa tabang o bisitaha ang bisan unsang registration desk para sa dugang impormasyon sa bisan unsang hospital sa Kaiser Permanente, Lunes hangtod Biyernes, 8 a.m. hangtod 5 p.m. Available pod ang mga tabang ug serbisyo para sa mga disable, sama sa mga dokumento diha sa braille, dagkong print, audio, ug uban pang ma-aaccess nga electronic format.

**Chinese:** 如果您需要使用您的语言获得帮助，我们每周 7 天、每天 24 小时免费提供语言帮助（节假日休息）。请致电 1-800-464-4000 (TTY 711) 联络我们的会员服务联络中心以寻求帮助，或前往任何 Kaiser Permanente 医院的登记台了解更多信息，我们的服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。我们还为残疾人提供辅助工具和服务，例如盲文、大字体、音频和其他无障碍电子格式的文档。

**Chuukese:** Ika pwe ka mochen aninis non eom fosun fonu, aninisin fosun fonu a kan kaworeno non esapw wor momon ngonuk, 24 awa ew ran, 7 ran ew wik (kesipino non holiday kena). Kori achewe Memeber Service Contact Center non 1-800-464-4000 (TTY 711) ren aninis ika churi ekkena chepenin registerino ren chomong poraus non ekkena piinin Kaiser Permanente, Sarinfan tori Animu, 8 a.m. tori 5 p.m. Aninis kena me pwan angangen aninis kena ren aramas fiti teririr kena, usun chok taropwe kena non braille, watten maak, teip, me pwan ekkoch maaken electronic kena ra atotongeni ra kan pwan kaworeno.

**Hawaiian:** Inā makemake paha 'oe e kōkua 'ia mai maō kāu 'ōlelo makuahine, loa'a nā kōkua ma nā 'ōlelo mākuahine 'ē a'e a manuahi nō ho'i nā kōkua iā 'oe, 24 lā o ka lā, 7 lā o ka pule (pa'a ma nā lā nui). E kelepona aku i ka mākou Kikowaena Ka'a'ike Kōkua no nā Lālā ma 1-800-464-4000 (TTY 711) no ke kōkua 'ana 'ia mai a i 'ole e kipa aku i kekahi o ka mākou mau ke'ena kōkua ho'opa'a inoa no nā mana'o 'ē a'e ma nā haukapila Kaiser Permanente a pau, mai ka Po'akahi a Po'alima, hola 8 a.m. a hola 5 p.m. Loa'a pū nā kāko'o a me nā kōkua no nā po'e me nā kīnānā kino, e like me kekahi palapala kikokikona heluhelu manamanama lima, kekahi palapala i pa'i 'ia me nā huapalapala nūnui, kekahi kōkua i 'oki leo 'ia, a me nā hulu launa uila 'ē a'e kekahi.



**Ilocano:** No kasapulam ti tulong iti pagsasaom, magun-od ti tulong iti pagsasao nga awan ti bayadam, 24 nga oras iti inaldaw, 7 nga aldaw iti makalawas (nakaserra no pista opisial). Tawagan ti Sentro ti Panagkontak para iti Serbisio ti Miembro iti 1-800-464-4000 (TTY 711) para iti tulong wenno bisitaen ti aniaman a registration desk para iti ad-adu pay nga impormasion iti aniaman nga ospital ti Kaiser Permanente, Lunes agingga iti Biernes, 8 a.m. agingga iti 5 p.m. Magun-odan met dagiti tulong ken serbisio para kadagiti tattao nga addaan iti kinabaldado, kas kadagiti dokumento iti braille, dadakkel a letra, audio, ken dadduma pay a nalaka a magun-od nga elektroniko a format.

**Japanese:** 母国語でのサポートが必要な場合は、24 時間 365 日（祝日は休業）、無料で言語アシスタントをご利用いただけます。詳細については、メンバーサービスコンタクトセンター（1-800-464-4000、TTY 711）にお電話でお問い合わせいただくか、Kaiser Permanente 病院の受付カウンターお尋ねください（月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 5 時）。障がいをお持ちの方には、点字、大活字、音声などのアクセシビリティに対応した電子文書などの支援やサービスもご用意しています。

**Korean:** 귀하가 사용하는 언어로 도움이 필요한 경우, 연중무휴 24 시간(공휴일 제외) 무료로 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 가입자 서비스 연락 센터에 1-800-464-4000(TTY 711)번으로 전화하여 도움을 요청하거나 Kaiser Permanente 병원에 있는 등록 데스크를 방문하여 월요일부터 금요일 오전 8 시부터 오후 5 시까지 자세한 정보를 얻을 수 있습니다. 점자, 큰 활자, 오디오 및 기타 접근 가능한 전자 형식의 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다.

**Laotian:** ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກໍຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນມື້ວັນພັກຕ່າງໆ). ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກ ຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-464-4000 (TTY 711) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ເຂົ້າໄປຫາໂຕະລົງທະບຽນໃດກໍໄດ້ ເພື່ອສອບຖາມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຢູ່ໂຮງໝໍຂອງ Kaiser Permanente ແຫ່ງໃດກໍໄດ້, ແຕ່ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ. ນອກຈາກນັ້ນ, ກໍຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆ ສໍາລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ສຽງບັນທຶກ ແລະ ຮູບແບບເອເລັກໂຕນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.

**Marshallese:** Ñe kwōj aikuj jibañ ilo kajin eo am, ewōr jibañ ilo kajin eo am im ejellok wonnen, 24 awa ilo juon raan, 7 raan ilo juon wiik (kilōk ilo raan in holiday ko). Kall ae tok Jikin Jibañ ro rej Uwaan Doulul eo ad ilo 1-800-464-4000 (TTY 711) ñan jibañ ñe ejab etal ñan jabdewōt tebol in kadeloñ āt ñan melele ko relablok ilo jabdewōt aujbitol an Kaiser Permanente, Mande ñan Bolaide, 8 awa jibbon ñan 5 awa jota. Ewōr kein jibañ im jibañ ko ñan armij ro ewōr aer utamwe, einwōt peba ko ilo braille, jeje ko relab, kein roñjak, im bar ilo wāween ko jet remaron loe melele ko ilo kein jerbak kapeel in raan kein.

**Navajo:** Saad Diné k'ehjí' bee shiká a'doowoł ninízingo, t'áá jíík'e nábeehaz'á, t'áá áhwiíjí t'áá áhwiít'éeé', tsosts'idjí ąą'át'é (dahodiyin nídei'aah góne' éi da'deelkaal). Member Service Contact Centerjí' hodíílni 1-800-464-4000 (TTY 711) éi doodago t'ááni Kaiser Permanente bi azee' ádaal'íníjí' dífínáál dóo baa nidíniítaal damóo biiskání dóo niléi nida'iiníshjí' aa'ádaat'é abínigo tseebíí bik'i dahazk'ęęzgo dóo yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjí' ná ąą'át'é. T'áá háída bits'íí' dóo binisíkeęs bee bich'í' anídahast'í'ígíi bá ahoot'i' nááná t'áá háída doo da'oo'ínii binaaltsoos yee deiyólta'ígíi bá hólq ałdo' áádóo saad nitsaago bee bik'i da'ashchínígi ałdo' hólq nááná saad bik'i naha'níhígíi ná hólq nááná béesh bee t'áá bí nitsídaakęęsígíi ał'ąą ádaa t'ęęgo bee nahwidinitingo ałdo' ná dahólq.

**Pohnpei an:** Mah ke anahne sawas ohng ahmw lokaia, soun sawas en lokaia kak sawas ni sohte isepe ohng kowe, awa 24 nan rahn ehu, rahn 7 nan ehu wih (kilohs ni oalidei). Eker aht Wasahn Sahpis ni 1-800-464-4000 (TTY 711) ohng sawas de wasahn kileledi ohng ekei mengihtik ni imwen wini en Kaiser Permanente, Ni Ehd lel Ni Alem, kuloak 8 menseng lel kuloak 5 mwurin souwas. Mehn sawas oh sahpis ohng aramas me anahn tohror me duwehte doaropwe ni inting en me mas kun, inting lapala, mehn rongorong, oh soangen dipwisou en kamengei kan pil kak kohda.

**Samoan:** Afai e te mana'omia se fesoasoani i lau gagana, e mafai ona e maua le fesoasoani i le gagana e aunoa ma se tofogi, 24 itula o le aso, 7 aso o le vaiaso (tapuni i aso mālōlō). Vala'au i la matou Member Service Contact Center (Nofoaga Autū mo Fesoasoani mo Sui Auai) i le 1-800-464-4000 (TTY 711) mo se fesoasoani pe asiasi i so o se laulau lesitala mo nisi faamatalaga i so o se falema'i o Kaiser Permanente, Aso Gāfua e oo i le Aso Faraile, 8 i le taeao e oo i le 5 i le afiafi. O loo maua fo'i fesoasoani ma auaunaga mo tagata e i ai mana'oga faapitoa, e pei o le gagana patupatu (braille), lomiga e lapopo'a mata'itusi, leo ua pu'eina, ma e mafai ona maua ai isi faiga tau faaeletonika.

**Spanish:** Si necesita ayuda en su idioma, contamos con asistencia de idiomas sin costo alguno para usted las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-464-4000 (TTY 711) para obtener ayuda. O visite el mostrador de recepción en cualquier hospital de Kaiser Permanente para obtener más información, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También ofrecemos ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles.

**Tagalog:** Kung kailangan mo ng tulong na nasa iyong wika, may available na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado kapag may mga holiday). Tumawag sa aming Member Service Contact Center sa 1-800-464-4000 (TTY 711) para sa tulong o bisitahin ang anumang mesa para sa pagrerehistro para sa higit pang impormasyon sa alinmang ospital ng Kaiser Permanente, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille, malaking print, audio, at iba pang maa-access na electronic na format.



**Tongan:** Kapau 'oku ke fiema'u tokoni homou lea, 'oku 'i ai e tokoni ta'etotongi kiate koe homou lea, houa 'e 24, 'aho 7 he uike (tāpuni he 'aho mālōlō). Fetu'utaki mai ki he Senitā Fakafetu'utaki Kau Mēmipa 'i he 1-800-464-4000 (TTY 711) ki ha tokoni pē lava atu ki ha kanita fai'anga lesisita ki ha to e fakamatala ange 'i he Falemāhaki Kaiser Permanente, Monite ki he Falaite, 8 pongipongi ki he 5 efiafi. Ai Tokoni mo e ngāue ki he kakai faingata'a'ia fakasino, hangē ko e ngaahi tohi ki he kau kui, paaki mata lālahi, hiki le'o, pea 'ata ki ai mo e ngaahi naunau faka'ilekitonika 'oku ma'u atu ai.

**Vietnamese:** Chúng tôi cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ 24/7 (đóng cửa vào những ngày lễ), nếu quý vị cần được hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị. Vui lòng gọi điện đến Trung Tâm Liên Lạc Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-464-4000 (TTY 711) để được trợ giúp hoặc đến quầy đăng ký bất kỳ tại mọi bệnh viện của Kaiser Permanente để hỏi thêm thông tin, chúng tôi phục vụ từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Ngoài ra, chúng tôi cũng cung cấp công cụ hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi, bản in khổ chữ lớn, dạng âm thanh và các định dạng điện tử dễ truy cập khác.