

## โปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์ (Medical Financial Assistance, MFA)

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

### โปรแกรมนี้ทำงานอย่างไร

- โปรแกรมจะมอบ “รางวัล” ชั่วคราวเพื่อช่วยผู้สมัครที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจ่ายค่าดูแลตามความจำเป็นทางการเงินของคุณ
- มีให้แก่ผู้ป่วยของ Kaiser Permanente ทุกคน ไม่ว่าคุณจะเป็นสมาชิกหรือไม่ก็ตาม
- หากได้รับรางวัล โปรแกรมจะครอบคลุมการดูแลสุขภาพ/เร่ด่วน หรือที่จำเป็นทางการแพทย์ทั้งหมดจากผู้ให้บริการของ Kaiser Permanente หรือที่สถานบริการของ Kaiser Permanente ตามเวลาที่ระบุไว้
- รางวัลนี้ไม่รวมถึงบริการดูแลสุขภาพที่ให้บริการและเรียกเก็บเงินนอกสถานบริการของ Kaiser Permanente

### วิธีการคัดเลือก

คุณต้องมีคุณสมบัติตรงตามหนึ่งในเกณฑ์ต่อไปนี้จึงจะผ่านการคัดเลือก:

1. รายได้ครัวเรือนรวม (รายได้ก่อนหักภาษีและค่าลดหย่อน) ของคุณคิดเป็น 400% ของการตัดสินใจระดับความยากจนของรัฐบาลกลางหรือต่ำกว่า

หรือ

2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ต้องชำระเองสำหรับบริการฉุกเฉินหรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ทันตกรรม และค่ายาในระยะเวลา 12 เดือนคิดเป็น 10% ของรายได้ครัวเรือนรวมหรือมากกว่า
  - ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองรวมถึงยอดเงินคงที่ร่วมจ่าย การประกันร่วม และความรับผิดชอบส่วนแรก
  - ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองไม่รวมถึงการชำระเงินใดๆ สำหรับตัวแผนประกันสุขภาพเอง เช่น เบี้ยประกันรายเดือน

แนวทางตัดสินใจความยากจนของรัฐบาลกลาง (Federal Poverty Guidelines, FPG) ปี 2024		
หากขนาดครัวเรือน/ครอบครัวของคุณคือ:	รางวัล 100% สำหรับรายได้ครัวเรือนรวมที่คิดเป็น 200% ของ FPG หรือต่ำกว่า	รางวัล 50% สำหรับรายได้ครัวเรือนรวมที่อยู่ระหว่าง 201% ถึง 400% ของ FPG
1	ไม่เกิน \$2,510 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$2,511 ถึง \$5,020 ดอลลาร์สหรัฐฯ
2	ไม่เกิน \$3,407 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$3,408 ถึง \$6,813 ดอลลาร์สหรัฐฯ
3	ไม่เกิน \$4,303 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$4,304 ถึง \$8,607 ดอลลาร์สหรัฐฯ
4	ไม่เกิน \$5,200 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$5,201 ถึง \$10,400 ดอลลาร์สหรัฐฯ
5	ไม่เกิน \$6,097 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$6,098 ถึง \$12,193 ดอลลาร์สหรัฐฯ
6	ไม่เกิน \$6,993 ดอลลาร์สหรัฐฯ	\$6,994 ถึง \$13,987 ดอลลาร์สหรัฐฯ

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

### หากมีข้อสงสัย






สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการผ่านเกณฑ์คุณสมบัติสำหรับโปรแกรม MFA หรือหากต้องการดูว่าโปรแกรมจะจ่ายค่าบริการดูแลสุขภาพใบบ้าง ให้ไปที่ [kp.org/mfa/ncal](https://kp.org/mfa/ncal) โทร 1-800-390-3507 (TTY 711) หรือสแกนรหัสนี้

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวเลือกความคุ้มครองด้านการดูแลสุขภาพ โปรดโทรติดต่อเราที่ 1-800-479-5764 (TTY 711)



**วิธีการสมัคร**

หากคุณมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ คุณสามารถสมัครด้วยวิธีใดต่อไปนี้ได้

 <b>ออนไลน์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัครเข้าร่วม MFA ออนไลน์ <a href="http://kp.org/mfa/ncal">kp.org/mfa/ncal</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>1-800-687-9901</b></li> </ul>
 <b>ทางไปรษณีย์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไปนี</li> <li>ส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วทางไปรษณีย์ไปที่: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li> </ul>
 <b>ส่งด้วยตัวเอง</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรอกใบสมัคร MFA ในหน้าต่อไปนี</li> <li>ส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วด้วยตัวเองที่แผนก Patient Financial Operations ในสถานบริการของ Kaiser Permanente ทุกแห่ง</li> </ul>
 <b>โทรติดต่อเรา</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>โทรติดต่อเราที่ <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b> ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ 8.00 น. ถึง 17.00 น. ตามเวลาแปซิฟิก</li> <li>โปรดเตรียมให้ข้อมูลทีระบุในใบสมัคร MFA ในหน้าถัดไป</li> </ul>

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

### 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	ค่าให้การ/ค่าชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร

### สิ่งที่คุณจะพบหลังจากสมัคร

หลังจากที่เราตรวจสอบใบสมัครที่คุณกรอกข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบผลข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ภายในสามสิบ (30) วันหลังจากได้รับ:

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

## หากต้องการความช่วยเหลือ

หากคุณมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร หรือต้องการตรวจสอบสถานะใบสมัครของคุณ โปรดโทรติดต่อที่ **1-800-479-5764** คุณยังสามารถพูดคุยกับที่ปรึกษาทางการเงินในสถานที่ของ Kaiser Permanente ได้ด้วยเช่นกัน

## บริการของโรงพยาบาลที่สามารถเลือกซื้อได้

สามารถดูรายการข้อมูลราคาของบริการที่สามารถเลือกซื้อได้กว่า 300 บริการได้ที่ [kp.org/price-transparency](https://kp.org/price-transparency) (ภาษาอังกฤษ) ผู้ป่วยสามารถเลือกกำหนดการล่วงหน้าสำหรับบริการเหล่านี้ได้ ราคาของบริการบางอย่างจะอิงจากรยะเวลาตามปกติที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล ไม่ใช่อิงจากการดูแลเป็นรายบุคคลที่อาจจำเป็น

## โปรแกรมสิทธิประโยชน์อื่นๆ และแหล่งข้อมูลเพิ่มเติม

เราพร้อมสนับสนุนคุณในทุกวิถีทางที่เราทำได้ หากคุณต้องการความช่วยเหลือด้านสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย ค่าเช่าอินเทอร์เน็ตหรือสาธารณูปโภค และอื่นๆ ฮับการสนับสนุนชุมชนของ Kaiser Permanente สามารถช่วยคุณในการติดต่อกับแหล่งข้อมูลในชุมชนของคุณได้ โทรติดต่อที่ **1-800-443-6328 (TTY 711)** ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ 8.00 น. ถึง 17.00 น. หรือไปที่ [kp.org/socialhealth](https://kp.org/socialhealth) (ภาษาอังกฤษ)

## ช่วยชำระเงินแทนคุณ

มีองค์กรให้คำปรึกษาฟรีแก่ผู้บริโภคที่จะช่วยให้คุณทำความเข้าใจกระบวนการเรียกเก็บเงินและชำระเงิน คุณสามารถโทรติดต่อ Health Consumer Alliance ได้ที่ **1-888-804-3536** หรือไปที่ [healthconsumer.org](https://healthconsumer.org) เพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติม

## โปรแกรมร้องเรียนการเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาล (Hospital Bill Complaint Program)

โปรแกรมร้องเรียนการเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาลเป็นโปรแกรมของรัฐ ซึ่งจะตรวจสอบการตัดสินใจของโรงพยาบาลว่าคุณมีคุณสมบัติรับความช่วยเหลือในการชำระค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บหรือไม่ หากคุณเชื่อว่าตนถูกปฏิบัติไม่เหมาะสม ความช่วยเหลือทางการเงินอย่างไม่ถูกต้อง คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนกับโปรแกรมร้องเรียนการเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาลได้ โปรดไปที่ [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](https://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) เพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติมและยื่นเรื่องร้องเรียน

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

ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ป่วย			
ชื่อ	หมายเลขเวชระเบียน (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 ไว่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
ส่วนที่ 2: ข้อมูลครัวเรือน			
<b>ขนาดครัวเรือน:</b> จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (รวมถึงตัวคุณเอง) ที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ อาจประกอบด้วยคู่สมรส ผู้อยู่กินด้วยกันที่ผ่านการรับรอง บุตรหลาน ผู้ดูแลที่ไม่ใช่บิดามารดา ญาติ ฯลฯ			
<b>รายได้ครัวเรือน (ต่อเดือน):</b> รายได้รวมทั้งหมด (รายได้ก่อนหักภาษีและค่าลดหย่อน) ของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่มีอายุมากกว่า 18 ปี กาที่ประเภทรายได้ทุกข้อที่ใช้:			
<input type="checkbox"/> รายได้จากธุรกิจ/การปล่อยเช่า	<input type="checkbox"/> รายได้จากประกันสังคม/ประกันเสริม		
<input type="checkbox"/> รายได้จากการทำงาน/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			
_____ _____ _____		\$ _____	
<b>ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ:</b> ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองทั้งหมดของคุณในระยะเวลา 12 เดือนสำหรับบริการฉุกเฉินหรือการดูแลที่จำเป็นทางการแพทย์ที่มอบให้โดย Kaiser Permanente หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นใด อาจรวมถึงยอดเงินคงที่ร่วมจ่าย เงินมัดจำ การประกันร่วม หรือความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับบริการทางการแพทย์ ยา หรือทันตกรรมที่มีสิทธิ์			
		\$ _____	

โปรดระบุสมาชิกในครัวเรือนของคุณทุกคนที่สมัครเข้ารับความช่วยเหลือทางการเงินด้านการแพทย์

ชื่อ

วันเดือนปีเกิด

ความสัมพันธ์

# เวชระเบียน

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

โปรดติดต่อด่วน

ข้าพเจ้าขอประกาศไว้ ณ ที่นี้ว่าข้อมูลทั้งหมดที่ระบุไว้ข้างต้นในใบสมัครนี้เป็นความจริง เทียบตรง 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.

**Arabic:** إذا احتجت إلى مساعدة بلغتك، فتتوفر خدمات المساعدة اللغوية بصورة مجانية على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (مغلق أيام العطل). اتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا على الرقم 1-800-464-4000 (TTY 711) للحصول على مساعدة أو يمكنك زيارة أي مكتب تسجيل لمزيد من المعلومات في أي مستشفى تابع لـ Kaiser Permanente، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 بعد الظهر. وتتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل توفير المستندات بطريقة برايل ومطبوعة بحروف كبيرة أو بشكل تسجيل صوتي أو بتنسيقات إلكترونية أخرى يسهل الوصول إليها.

**Armenian:** Եթե լեզվի հարցում օգնության կարիք ունեք, լեզվական աջակցությունն անվճար մատչելի է ձեզ համար օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (փակ է տոն օրերին): Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն 1-800-464-4000 (TTY 711) հեռախոսահամարով կամ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Kaiser Permanente ցանկացած հիվանդանոցի գրանցման սեղանը երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը: Հասանելի են նաև օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ փաստաթղթեր բրայլով, խոշոր տպագրով, ձայնագրությամբ և այլ մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերով:

**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。

**Farsi:** اگر نیازمند پشتیبانی به زبان خودتان هستید، کمک زبانی به صورت رایگان در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل) در دسترس است. برای دریافت کمک، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با مرکز تماس خدمات اعضای ما به شماره 1-800-464-4000 (TTY 711) تماس بگیرید یا برای اطلاعات بیشتر به میز ثبت نام هر یک از بیمارستان های Kaiser Permanente مراجعه کنید. کمک ها و خدمات برای افراد معلول، از جمله اسناد با خط بریل، چاپ درشت، فرمت صوتی و سایر قالب های الکترونیکی دسترس پذیر نیز موجود است.

**Hindi:** यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो भाषा संबंधी सहायता आपके लिए दिन के 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन (छुट्टियों के इलावा) निःशुल्क उपलब्ध है। सहायता के लिए आप हमारे सदस्य सेवा संपर्क केंद्र को 1-800-464-4000 (TTY 711) पर कॉल कर सकते हैं या अधिक जानकारी के लिए सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से शाम 5 बजे तक, किसी भी Kaiser Permanente अस्पताल में किसी भी पंजीकरण डेस्क पर जाएं। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ भी उपलब्ध हैं, जैसे उभरे अक्षरों में दस्तावेज़, बड़े प्रिंट, ऑडियो और अन्य सुगम इलेक्ट्रॉनिक फॉर्मेट।



**Hmong:** Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces kuj yeej muaj kev pab txhais lus yam tsis tau them nqi rau koj, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim piam (kaw nyob rau cov hnuv so). Hu rau peb Lub Chaw Sib Txuas Lus Pab Cuam Tswv Cuab ntawm tus xov tooj 1-800-464-4000 (TTY 711) txhawm rau thov kom pab los sis mus ntsib lub rooj teev npe twg los tau kom paub ntau ntxiv nyob rau ntawm Kaiser Permanente lub tsev kho mob twg los tau, Hnuv Monday txog Hnuv Friday, 8 teev sawv ntxov txog 5 teev tsaus ntuj. Tsis tas li xwb, kuj tseem yuav muaj cov kev pab dawb thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si thiab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, kaw suab lus, thiab lwm yam qauv es lev thaus niv uas tuaj yeem nkag mus siv tau.

**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。

**Khmer:** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក យើងមានផ្តល់ជំនួយភាសាដែលអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជូនអ្នក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាក)។ ទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងផ្នែកសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងតាមលេខ 1-800-464-4000 (TTY 711) ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ឬចូលទៅកាន់កន្លែងចុះឈ្មោះណាមួយសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមនៅមន្ទីរពេទ្យ Kaiser Permanente ណាមួយពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបានផ្សេងទៀតក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។

**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, ກໍ່ຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນມື້ວັນພັກຕ່າງໆ). ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກ ຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-464-4000 (TTY 711) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼື ເຂົ້າໄປຫາໂຕະລົງທະບຽນໃດກໍ່ໄດ້ ເພື່ອສອບຖາມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຢູ່ໂຮງໝໍຂອງ Kaiser Permanente ແຫ່ງໃດກໍ່ໄດ້, ແຕ່ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ. ນອກຈາກນັ້ນ, ກໍ່ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆ ສໍາລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນຸນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ສຽງບັນທຶກ ແລະ ຮູບແບບເອເລັກໂຕນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.



**Mien:** Beiv hngangv meih qiex zuqc longc mienh tengx douc benx meih nyei waac bun muangx nor, ninh mbuo mbenc duqv maaih faan waac mienh tengx wangv henh douc waac bun meih muangx mv zuqc heuc meih ndortv nyaanh, yietc hnoi tengx goux junh 24 norm ziangh hoc, yiem norm leiz baaix tengx zuqc 7 hnoi (Cih cuotv gingc nyei hnoi oc). Douc waac lorx taux yie mbuo nyei ziux goux zuangx mienh nyei dinc zangc domh gorn (Member Service Contact Center) yiem njiec naaiv 1-800-464-4000 (TTY 711) liouh tengx ziux goux nzie weih a'fai bieqc lorx taux ninh mbuo faaux mbuoz nyei gorn zangc liouh muangx waac-fienx tipv yiem njiec haaix norm Kaiser Permanente zorc baengc dorng h yaac duqv, yiem leiz-baaix-yietv mingh taux leiz-baaix-hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lung h ndorm mingh taux 5 diemv ziangh hoc lung hmuangx. Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jauv-louc tengx ziux goux wuaaic fangx mienh, dorh nyungc horng h sou zoux benx nzangc-pokc bun hluo, nqaapv bieqc domh zeiv-fangx, zoux benx waac-qiez bun muangx, aengx caux da'nyeic nyungc horng h gong yiem ga'nyuoz electronic bun longc oc.

**Navajo:** Saad Diné k'ehjí' bee shiká a'doowól ninízingo, t'áá jíík'e nábeehaz'á, t'áá áhwíjí t'áá áhwíít' éé', tsosts'idjí áá'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' díínáál dóo baa nidíniitaal damóo biiskání dóo niléi nida'iiníshjí' aa'ádaat'é abínígo tseebíí bik'i dahazk'ęęzgo dóo yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjí' ná áá'át'é. T'áá háida bits'íí' dóo binisíkeęs bee bich'í' anídahast'í'ígíí bá ahoot'i' nááná t'áá háida doo da'oo'íníi binaaltsoos yee deiyółta'ígíí bá hóló ałdo' áádóo saad nitsaago bee bik'i da'ashchínígí ałdo' hóló nááná saad bik'i naha'nííígíí ná hóló nááná béesh bee t'áá bí nitsídaakeęsígíí al'áá ádaa t'éego bee nahwidinitingo ałdo' ná dahóló.

**Punjabi:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਦੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਹੈ) ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-464-4000 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ Kaiser Permanente ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ, ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਡੈਸਕ 'ਤੇ ਜਾਓ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ, ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

**Russian:** Если вам требуется помощь на вашем языке, бесплатные услуги перевода доступны круглосуточно в любой день недели (кроме праздничных дней). За помощью и информацией обращайтесь в контактный центр отдела обслуживания участников по номеру 1-800-464-4000 (TTY: 711) или на стойку регистрации любой больницы Kaiser Permanente с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Лица с инвалидностью могут получить документы напечатанными шрифтом Брайля или крупным шрифтом, в специальном электронном формате, в виде аудиозаписи, а также другие услуги и помощь.

**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.

**Thai:** หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ คุณสามารถใช้บริการความช่วยเหลือด้านภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โปรดติดต่อศูนย์ติดต่อบริการสมาชิกที่ 1-800-464-4000 (TTY 711) หากต้องการความช่วยเหลือ หรือไปที่โต๊ะลงทะเบียนที่โรงพยาบาล Kaiser Permanente ทุกแห่งหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. และยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์ สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ เสียง และรูปแบบช่วยการเข้าถึงอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ด้วยเช่นกัน

**Ukrainian:** Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, безкоштовні послуги перекладу доступні цілодобово в будь-який день тижня (за винятком святкових днів). По допомогу чи докладнішу інформацію звертайтеся до контактному центру відділу обслуговування учасників за номером 1-800-464-4000 (TTY: 711) або на стійку реєстрації будь-якої лікарні Kaiser Permanente з понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00. Особи з інвалідністю можуть отримати документи надрукованими шрифтом Брайля або великим шрифтом, у вигляді аудіозапису чи в спеціальному електронному форматі, а також інші послуги та допомогу.

**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 để truy cập khác.