

## Programa Medical Financial Assistance (MFA)

Se precisar de ajuda para pagar serviços de cuidados de saúde ou receitas médicas que recebeu ou vai receber da Kaiser Permanente, o nosso programa Medical Financial Assistance (MFA) poderá ajudá-lo. Para se candidatar, basta preencher e enviar um formulário de candidatura, incluindo informações sobre o rendimento do seu agregado familiar.

### Como funciona o programa

- O programa oferece “compensações” temporárias para ajudar os candidatos elegíveis a pagar os cuidados de saúde com base nas suas necessidades financeiras.
- Está disponível para todos os doentes da Kaiser Permanente, quer sejam membros ou não.
- Caso seja atribuído, o programa cobrirá os cuidados emergentes/urgentes ou clinicamente necessários fornecidos por prestadores de serviços da Kaiser Permanente ou em instalações da Kaiser Permanente durante um período específico.
- A compensação não é aplicável a serviços de cuidados de saúde disponibilizados e cobrados fora das instalações da Kaiser Permanente.

### Condições de elegibilidade

Para ser elegível, deve cumprir UM dos seguintes conjuntos de critérios:

1. O seu rendimento bruto do agregado familiar (rendimento antes de impostos e deduções) é igual ou inferior a 400% do nível federal de pobreza.

OU

2. Os seus custos correntes relativos a cuidados de saúde de emergência ou clinicamente necessários, cuidados dentários e medicamentos durante um período de 12 meses são iguais ou superiores a 10% do seu rendimento bruto do agregado familiar.
  - Os custos correntes incluem copagamentos, cosseguros e pagamentos dedutíveis.
  - Os custos correntes não incluem pagamentos para o seu plano de saúde propriamente dito, como, por exemplo, o seu prémio mensal.

### Orientações Federais de Pobreza (FPG) de 2024

Se a dimensão do seu agregado familiar for:	Compensação de 100% para o rendimento mensal bruto do agregado familiar igual ou inferior a 200% das FPG	Compensação de 50% para o rendimento mensal bruto do agregado familiar entre 201% e 400% das FPG
1	Até \$2,510	\$2,511 a \$5,020
2	Até \$3,407	\$3,408 a \$6,813
3	Até \$4,303	\$4,304 a \$8,607
4	Até \$5,200	\$5,201 a \$10,400
5	Até \$6,097	\$6,098 a \$12,193
6	Até \$6,993	\$6,994 a \$13,987

Aceda a [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) para encontrar as orientações para agregados familiares maiores.

### Alguma dúvida?







Para obter mais informações sobre a elegibilidade para o programa MFA ou para consultar que serviços de cuidados de saúde são pagos pelo mesmo, aceda a [kp.org/mfa/scal](https://kp.org/mfa/scal), ligue para o número **1-800-390-3507** (TTY 711) ou leia o código ao lado.

Para obter mais informações sobre as opções de cobertura de cuidados de saúde, contacte-nos pelo número **1-800-479-5764** (TTY 711).



## Como se candidatar

Se preencher os requisitos de elegibilidade, pode candidatar-se de qualquer uma das formas seguintes.

 <p>Online</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preencha o formulário de candidatura ao MFA online em <a href="http://kp.org/mfa/scal">kp.org/mfa/scal</a>.</li> <li>• Esteja preparado para fornecer todas as informações indicadas no formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li> </ul>
 <p>Fax</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preencha o formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li> <li>• Envie o formulário totalmente preenchido para o número <b>1-866-519-1693</b>.</li> </ul>
 <p>Correio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preencha o formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li> <li>• Envie o formulário totalmente preenchido para a seguinte morada: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li> </ul>
 <p>Pessoalmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preencha o formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li> <li>• Entregue o formulário totalmente preenchido no Departamento de admissão do seu hospital Kaiser Permanente local.</li> </ul>
 <p>Reunião com um consultor financeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marque uma reunião com um consultor financeiro numa das nossas instalações indicadas, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, PST.</li> <li>• Esteja preparado para fornecer todas as informações indicadas no formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li> </ul>
 <p>Contactar-nos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacte-nos pelo número <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, PST.</li> <li>• Esteja preparado para fornecer as informações indicadas no formulário de candidatura ao MFA na página seguinte.</li> </ul>

**Importante:** ao enviar a sua candidatura online, por correio ou fax, ou ao entregá-la pessoalmente, não se esqueça de preencher o formulário da forma mais completa possível. A falta de informações poderá atrasar o processamento do seu pedido e resultar na recusa de assistência.

### Documentos comprovativos de rendimentos

A verificação dos rendimentos faz parte da determinação da elegibilidade para a assistência financeira médica. A inclusão de documentos comprovativos de rendimentos na candidatura preenchida ajudará a confirmar a exatidão dos seus rendimentos durante o processo de análise. A tabela seguinte indica os documentos facultativos a apresentar em função da(s) fonte(s) de rendimento do seu agregado familiar.

<b>Fonte(s) de rendimento do agregado familiar</b>	<b>Forneça apenas um dos seguintes dados por fonte de rendimento</b>
Rendimento comercial/de rendas	Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal
Rendimentos salariais	Recibos de vencimento recentes Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal
Rendimentos de pensões/reformas/anuidades	Recibos de vencimento recentes Declaração de pagamento de pensões/reformas Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal
Rendimentos de trabalhadores independentes	Recibos de vencimento recentes Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal
Rendimento da segurança social/suplementar de segurança	Comprovativo do benefício emitido pela administração da segurança social Declaração da segurança social
Subsídio de desemprego/invalidez	Comprovativo do subsídio de desemprego/invalidez Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal
Pensão de veteranos	Comprovativo da pensão de veteranos Formulários W-2 recentes, declaração(ões) 1099 ou declaração fiscal
Apoio governamental (por exemplo, Medicaid, TANF, SNAP, WIC ou habitação de baixo rendimento)	Aprovação da carta de elegibilidade
Rendimentos de juros ou dividendos	Última declaração fiscal
Pensões de alimentos recebidas	Carta que comprove o rendimento bruto mensal recebido a título de pensão de alimentos
Sem rendimentos no agregado familiar	Declaração/explicação por escrito

---

## O que esperar depois da candidatura

Depois de analisarmos a sua candidatura, informá-lo-emos de um dos seguintes resultados no prazo de trinta (30) dias após a receção:

- Se a sua candidatura for aprovada, receberá uma carta a notificá-lo da sua compensação financeira.
- Se a sua candidatura estiver incompleta, receberá uma carta a explicar as informações necessárias para processar a sua candidatura. Pode enviar as informações solicitadas por correio ou entregá-las pessoalmente, podendo incluir-se um comprovativo de rendimentos ou cópias das suas despesas correntes.
- Se a sua candidatura for recusada, receberá uma carta a informá-lo do motivo da recusa e, nesse caso, poderá recorrer da nossa decisão.

## Precisa de ajuda?

Se tiver alguma dúvida ou precisar de ajuda com a sua candidatura, ou se precisar de verificar o estado da mesma, ligue para o número **1-800-390-3507 (TTY 711)**, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, PST. Também pode falar com um consultor financeiro em qualquer centro da Kaiser Permanente.

## Serviços hospitalares disponíveis para aquisição

Fornecemos uma lista de informações sobre os preços de 300 serviços disponíveis para aquisição em [kp.org/price-transparency](http://kp.org/price-transparency). Estes serviços podem ser agendados com antecedência pelo doente. Os preços de alguns destes serviços baseiam-se numa duração típica de estada no hospital, e não nos cuidados individuais que possam ser necessários.

## Outros programas de benefícios e recursos adicionais

Estamos disponíveis para o apoiar no que pudermos. Se precisar de ajuda com bens essenciais, como alimentação, alojamento, pagamento da Internet ou de outros serviços públicos, etc., o Centro de Apoio Comunitário da Kaiser Permanente pode ajudá-lo a entrar em contacto com recursos na sua comunidade. Ligue para o número **1-800-443-6328 (TTY 711)**, de segunda a sexta-feira, entre as 8h e as 17h, ou aceda a [kp.org/socialhealth](http://kp.org/socialhealth).

## Ajuda para pagar as suas contas

Existem organizações de defesa do consumidor sem custos que o ajudarão a compreender o processo de faturação e pagamento. Poderá contactar a Health Consumer Alliance pelo número **1-888-804-3536** ou aceder a [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) para obter mais informações.

## Programa Hospital Bill Complaint

O programa Hospital Bill Complaint é um programa estatal que analisa as decisões dos hospitais sobre se tem direito a ajuda para pagar a sua conta hospitalar. Se considerar que lhe foi indevidamente negada assistência financeira, poderá apresentar uma queixa junto do programa Hospital Bill Complaint. Aceda a [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) para obter mais informações e para apresentar uma reclamação.

## Candidatura ao programa Medical Financial Assistance (MFA)

### Secção 1: Informações do doente

NOME		NÚMERO DO REGISTO MÉDICO (OPCIONAL)	
DATA DE NASCIMENTO	NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL (OPCIONAL)		
<input type="checkbox"/> Não tenho número de segurança social			
MORADA			
CIDADE		DISTRITO	CÓDIGO POSTAL
O doente está atualmente desalojado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		NÚMERO DE TELEFONE PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Telemóvel <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro

O doente está inscrito num programa de assistência estatal, como o Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), habitação de baixo rendimento ou Medicaid?  Sim  Não

### Secção 2: Informações sobre o agregado familiar

**Dimensão do agregado familiar:** número de membros do agregado familiar (incluindo o próprio) que vivem em sua casa. Poderão incluir-se um cônjuge ou parceiro doméstico, filhos, um cuidador não parental, um familiar, etc.

**Rendimento do agregado familiar (mensal):** rendimento bruto total (rendimento antes de impostos e deduções) de todos os membros do agregado familiar com mais de 18 anos de idade. Assinale TODOS os tipos de rendimento aplicáveis:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rendimento comercial/ de rendas            | <input type="checkbox"/> Rendimento da segurança social/ suplementar de segurança  |
| <input type="checkbox"/> Rendimentos salariais                      | <input type="checkbox"/> Subsídio de desemprego/invalidéz  |
| <input type="checkbox"/> Pensão de veteranos                        | <input type="checkbox"/> Pensões de alimentos recebidas  |
| <input type="checkbox"/> Rendimentos de juros ou dividendos         | <input type="checkbox"/> Rendimentos de pensões/reformas/ anuidades  |
| <input type="checkbox"/> Rendimentos de trabalhadores independentes | <input type="checkbox"/> Ninguém no meu agregado familiar está a receber ou teve quaisquer rendimentos nos últimos 2 meses |

Se o rendimento bruto anual de todos os membros do agregado familiar for zero, assinale a caixa correspondente acima e, em seguida, forneça uma explicação por escrito sobre a forma como os membros adultos da família do agregado familiar se sustentam a si próprios sem rendimentos, ou seja, alimentação, alojamento, serviços públicos e outras necessidades.

---



---



---

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

**Custos de cuidados de saúde:** total de despesas correntes que teve durante um período de 12 meses para serviços de emergência ou clinicamente necessários fornecidos pela Kaiser Permanente ou por qualquer outro prestador de cuidados de saúde. Poderão estar incluídos copagamentos, depósitos, cosseguros ou pagamentos dedutíveis para serviços médicos, farmacêuticos ou dentários elegíveis.

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

---

---

**Indique todos os membros do seu agregado familiar que estão a candidatar-se ao programa Medical Financial Assistance.**

<b>Nome</b>	<b>Data de nascimento</b>	<b>Parentesco</b>	<b>N.º do registo médico</b>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Sem seguro? A Kaiser Permanente pode ajudar.** Se não tiver cobertura de cuidados de saúde, podemos ajudá-lo a conhecer as suas opções. Assinale esta caixa se pretender que a Kaiser Permanente o contacte para analisar as suas opções ou contacte-nos pelo número **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obter um orçamento.

Sim, contactem-me

---

Pelo presente, declaro que todas as informações que constam na presente candidatura são verdadeiras, exatas e completas em todos os aspetos. Também confirmo e concordo que sou responsável perante a Kaiser Foundation Health Plan e os Hospitais (KFH/HP) por todos os montantes devidos à Kaiser Foundation Health Plan e aos Hospitais relativamente a bens e serviços médicos que não são elegíveis de acordo com o programa (os “Montantes restantes”).

**Nota:** sempre que o comprovativo de rendimentos não for fornecido, a Kaiser Foundation Health Plan e os Hospitais utilizarão informações de agências de informação de crédito ao consumidor e outras fontes de informação de terceiros para determinar a elegibilidade para programas médicos federais, estatais e privados, incluindo o programa MFA.

Ao apresentar esta candidatura, autorizo a KFH/HP a solicitar informações a agências de informação de crédito ao consumidor e a outras fontes de informação de terceiros para confirmar quaisquer informações fornecidas nesta candidatura que sejam consideradas necessárias.

---

ASSINATURA

DATA

---

Serão envidados todos os esforços razoáveis para processar a sua candidatura o mais rapidamente possível, e, assim que a mesma for analisada, receberá uma carta a confirmar o resultado.

# 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 بیمارستانهای Kaiser Permanente مراجعه کنید. کمکها و خدمات برای افراد معلول، از جمله اسناد با خط بریل، چاپ درشت، فرمت صوتی و سایر قالبهای 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 फार्मेट।



**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 hlou, nqaapv bieqc domh zeiv-fangx, zoux benx waac-qiez bun muangx, aengx caux da'nyaic nyungc horng h gong yiem ga'nyuoz electronic bun longc oc.

**Navajo:** Saad Diné k'ehjí' bee shiká a'doowol ninízingo, t'áá jíík'e nábeehaz'á, t'áá áhwíjí t'áá áhwíít'ée', tsosts'idjí áá'át'ée (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'ée abínigo tseebíí bik'i dahazk'eezgo dóo yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjí' ná áá'át'ée. T'áá háida bits'íí' dóo binisíkees bee bich'í' anídahast'í'ígíí bá ahoot'i' nááná t'áá háida doo da'oo'ínii binaaltsoos yee deiyóíta'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 nitsídaakeesígíí 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 และรูปแบบช่วยการเข้าถึงอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ 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.