

ໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (Medical Financial Assistance)

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ໃບສັ່ງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ ຫຼື ມີກຳນົດທີ່ຈະໄດ້ຮັບ ຈາກ Kaiser Permanente, ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (MFA) ຂອງພວກເຮົາ ອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ໂດຍການຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ສໍາເລັດ ແລະສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍນັ້ນໄປ, ລວມທັງຂໍ້ມູນລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ຫຼັກການເຮັດວຽກຂອງໂຄງການ

- ໂຄງການໃຫ້ “ເງິນລາງວັນ” ຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍທີ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນຈ່າຍຄ່າການເບິ່ງແຍງດູແລ ໂດຍອີງຕາມຄວາມຕ້ອງການທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກກ່ຽວ.
- ໂຄງການນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ແກ່ບັນດາຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ໝົດທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່ ກໍຕາມ.
- ຖ້າໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸກເສີນ/ຮີບດ່ວນ ຫຼື ທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ສະຖານພະຍາບານຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້.
- ເງິນລາງວັນດັ່ງກ່າວບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ກັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ຮຽກເກັບເງິນຢູ່ນອກສະຖານພະຍາບານຂອງ Kaiser Permanente.

ວິທີການເຮັດໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ

ເພື່ອໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຕ້ອງບັນລຸໃຫ້ໄດ້ ໜຶ່ງ ໃນບັນດາບັນທັດຖານຕໍ່ໄປນີ້:

1. ລາຍຮັບລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ (ລາຍຮັບກ່ອນພາສີ ແລະ ການຫັກລົບ) ແມ່ນ 300% ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ ຂອງ ລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຫຼື

2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈົກຈາກຖົງຂອງທ່ານ ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸກເສີນ ຫຼື ທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ, ການເບິ່ງແຍງດູແລແຂ້ວ ແລະ ຢາປົວພະຍາດ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ ແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍຮັບລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈົກຈາກຖົງ ປະກອບມີດ້ວຍ ການຈ່າຍຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ຈໍານວນທີ່ເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນທໍາອິດ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈົກຈາກຖົງ ບໍ່ລວມເອົາການຈ່າຍເງິນໃດໆ ສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບັຍປະກັນລາຍເດືອນຂອງທ່ານ.

| ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດທະບານກາງ (FPG) ປະຈຳປີ 2024 | | | |
|---|---|---|---|
| ຖ້າຂະໜາດຄົວເຮືອນ/ ຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນ: | ຈະໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ 100% ສຳລັບ ລາຍຮັບລວມຍອດປະ ຈຳເດືອນຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າ 200% ຂອງ FPG | ຈະໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ 75% ສຳລັບ ລາຍຮັບລວມຍອດປະ ຈຳເດືອນຢູ່ລະຫວ່າງ 201% ຫາ 250% ຂອງ FPG | ຈະໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ 50% ສຳລັບ ລາຍຮັບລວມຍອດປະ ຈຳເດືອນຢູ່ລະຫວ່າງ 251% ຫາ 300% ຂອງ FPG |
| 1 | ສູງເຖິງ \$2,510 | \$2,511 ຫາ \$3,138 | \$3,139 ຫາ \$3,765 |
| 2 | ສູງເຖິງ \$3,407 | \$3,408 ຫາ \$4,258 | \$4,259 ຫາ \$5,110 |
| 3 | ສູງເຖິງ \$4,303 | \$4,304 ຫາ \$5,379 | \$5,380 ຫາ \$6,455 |
| 4 | ສູງເຖິງ \$5,200 | \$5,201 ຫາ \$6,500 | \$6,501 ຫາ \$7,800 |
| 5 | ສູງເຖິງ \$6,097 | \$6,098 ຫາ \$7,621 | \$7,622 ຫາ \$9,145 |
| 6 | ສູງເຖິງ \$6,993 | \$6,994 ຫາ \$8,742 | \$8,743 ຫາ \$10,490 |

ເຂົ້າເບິ່ງ aspe.hhs.gov/poverty ເພື່ອຊອກຫາຄຳແນະນຳສຳລັບຄົວເຮືອນທີ່ມີຂະໜາດໃຫຍ່ຂຶ້ນ.

ມີຄຳຖາມບໍ?

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການ MFA ຫຼື

ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການນີ້ຊ່ວຍຈ່າຍໃຫ້ແກ່ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບປະເພດໃດແດດ, ໃຫ້ເຂົ້າເບິ່ງ

kp.org/mfa/wa, ໂທຫາ **1-800-442-4014** ຫຼື ສະແກນລະຫັດນີ້.





ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບທາງເລືອກໃນການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ,

ໂທຫາພວກເຮົາ ທີ່ **1-800-479-5764 (TTY 711)**.



ວິທີການສະໝັກຂໍ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

| | |
|--|---|
|  <p>ທາງອອນລາຍ</p> | <ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ທາງອອນລາຍໃຫ້ສໍາເລັດ ທີ່ kp.org/mfa/wa ກຽມພ້ອມໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ. |
|  <p>ທາງແຟັກ</p> | <ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ. ແຟັກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປທີ່ເບີ 206-877-0640. |
|  <p>ທາງໄປສະນີ</p> | <ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ. ສົ່ງແຟັກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປຍັງ: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584 |
|  <p>ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວເອງ</p> | <ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ. ນໍາຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວຂອງທ່ານໄປສົ່ງທີ່ ຫ້ອງການທຸລະກິດ ຫຼື ໂຕະຮັບແຂກຢູ່ສະຖານພະຍາບານຂອງ Kaiser Permanente ແຫ່ງໃດກໍໄດ້. |

ສິ່ງສໍາຄັນ: ໃນເວລາສະໝັກຂໍທາງອອນລາຍ, ທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ ຫຼື ນໍາໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄປສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາຢ່າລົມຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້. ຖ້າມີຂໍ້ມູນບໍ່ຄົບ ອາດເຮັດໃຫ້ການພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານມີຄວາມລ້າຊ້າ ແລະ ສາມາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດບໍ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ?

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-442-4014 (TTY 711)**, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ ຕາມເວລາ PST.

ເອກະສານຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ

ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ.

ການປະກອບເອກະສານຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບໄປພ້ອມກັບໃບຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ຕົ້ນຂໍ້ມູນສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານ

ຈະຊ່ວຍໃນການຢືນຢັນຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງລາຍຮັບຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງຂະບວນການພິຈາລະນາໄດ້.

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ລະບຸລາຍການເອກະສານທາງເລືອກທີ່ຈະສົ່ງ ໂດຍອີງຕາມແຫຼ່ງລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

| ແຫຼ່ງລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ | ໃຫ້ພຽງແຕ່ໜຶ່ງລາຍການຕໍ່ໄປນີ້ຕໍ່ແຫຼ່ງລາຍຮັບ |
|--|--|
| ລາຍຮັບຈາກທຸລະກິດ/ການໃຫ້ເຊົ່າ | W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ |
| ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ/ຄ່າຈ້າງ | ໃບຮັບເງິນສະບັບຫຼ້າສຸດ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ |
| ໄດ້ຮັບເງິນບໍານານ/ເບ້ຍບໍານານ/ເງິນປະຈຳປີ | ໃບຮັບເງິນສະບັບຫຼ້າສຸດ ໃບແຈ້ງການເບີກຈ່າຍເງິນບໍານານ/ເບ້ຍບໍານານ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ |
| ລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ | ໃບຮັບເງິນສະບັບຫຼ້າສຸດ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ |
| ລາຍຮັບຈາກປະກັນສັງຄົມ/ການປະກັນເພີ່ນເຕີມ | ຈົດໝາຍຢັ້ງຢືນເງິນຜົນປະໂຫຍດຈາກອົງການປະກັນສັງຄົມ ໃບແຈ້ງຈາກປະກັນສັງຄົມ |
| ລາຍຮັບຈາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ການພິການ | ຈົດໝາຍຢັ້ງຢືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ການພິການ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ |
| ລາຍຮັບຈາກເງິນສະຫວັດດິການນັກຮົບເກົ່າ | ຈົດໝາຍຢັ້ງຢືນເງິນສະຫວັດດິການນັກຮົບເກົ່າ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ |
| ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານ (ເຊັ່ນ: Medicaid, TANF, SNAP, WIC ຫຼື ທີ່ຢູ່ອາໄສສຳລັບຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ) | ໜັງສືອະນຸມັດການມີສິດໄດ້ຮັບ |
| ລາຍຮັບຈາກດອກເບ້ຍ ຫຼື ເງິນປັນຜົນ | ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ |
| ເງິນຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສິນລິດ/ລູກທີ່ໄດ້ຮັບ | ໜັງສືທີ່ສະແດງລາຍຮັບລວມຍອດປະຈຳເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບ ສຳລັບຄ່າລ້ຽງດູລູກ ຫຼື ຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສິນລິດ |
| ບໍ່ມີລາຍຮັບຄົວເຮືອນ | ຄຳຢັ້ງຢືນ/ຄຳອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນ |

ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງ ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາຄົ້ນຄ້ວາພິຈາລະນາໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເຖິງຜົນໄດ້ຮັບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ພາຍໃນສາມສິບ (30) ວັນ ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບ:

- ຖ້າໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບເງິນລາງວັນຂອງທ່ານ.
- ຖ້າໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍທີ່ອະທິບາຍເຖິງຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນໃນການຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສົ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍໄດ້ທາງອີເມວ ຫຼື ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ; ຂໍ້ມູນນີ້ອາດປະກອບດ້ວຍຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ ຫຼື ສໍາເນົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈັກຈາກຖົງຂອງທ່ານ.
- ຖ້າໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເຖິງເຫດຜົນໃນການປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້ ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (Medical Financial Assistance, MFA)
ພາກທີ 1: ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ

| | |
|-----|-------------------------------------|
| ຊື່ | ໝາຍເລກບັນທຶກທາງການແພດ (ບໍ່ໃສ່ກໍໄດ້) |
|-----|-------------------------------------|

| | |
|----------------|--|
| ວັນເດືອນປີເກີດ | ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ບໍ່ໃສ່ກໍໄດ້) <input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ |
|----------------|--|

| |
|----------------------|
| ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖະໜົນ) |
|----------------------|

| | | |
|-------|-----|-------------|
| ເມືອງ | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ |
|-------|-----|-------------|

| | |
|---|---|
| ປັດຈຸບັນຄົນເຈັບບໍ່ມີເຮືອນຢູ່ອາໄສແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ | ເບີໂທລະສັບຫຼັກ <input type="checkbox"/> ບ້ານ <input type="checkbox"/> ມືຖື <input type="checkbox"/> ວຽກ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ |
|---|---|

ຄົນເຈັບໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດ ເຊັ່ນ: ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໂພຊະນາການເສີມ (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ການຊ່ວຍເຫຼືອຊົ່ວຄາວສໍາລັບຄອບຄົວທຸກຍາກ (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), ແມ່ຍິງ, ເດັກທາລິກ ແລະ ເດັກນ້ອຍ (Women, Infants & Children, WIC), ທີ່ຢູ່ອາໄສສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ ຫຼື Medicaid ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

ພາກທີ 2: ຂໍ້ມູນຄົວເຮືອນ

ຂະໜາດຄົວເຮືອນ: ຈໍານວນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ (ລວມທັງທ່ານ) ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ. ສາມາດຈະປະກອບດ້ວຍຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຮັກ, ເດັກ, ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່, ຍາດພໍ່ນ້ອງ ແລະ ອື່ນໆ ທີ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ.

ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ (ລາຍເດືອນ): ລາຍຮັບລວມທັງໝົດ (ລາຍຮັບກ່ອນຫັກພາສີ ແລະ ການຫັກລົບ) ສໍາລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນທັງໝົດທີ່ມີອາຍຸເກີນ 18 ປີ. ໝາຍທຸກປະເພດລາຍຮັບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກທຸລະກິດ/ການໃຫ້ເຊົ່າ | <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກປະກັນສັງຄົມ/ການປະກັນເພີ່ມເຕີມ |
| <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ/ຄ່າຈ້າງ | <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ການພິການ |
| <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກເງິນສະຫວັດດິການນັກຮົບເກົ່າ | <input type="checkbox"/> ເງິນຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ/ລູກທີ່ໄດ້ຮັບ |
| <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກດອກເບ້ຍ ຫຼື ເງິນປັນຜົນ | <input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບເງິນບໍານານ/ເບ້ຍບໍານານ/ເງິນປະຈໍາປີ |
| <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີລາຍໄດ້ ຫຼື ໄດ້ຮັບລາຍຮັບໃນ 2 ເດືອນຜ່ານມາ |

ຖ້າລາຍໄດ້ລວມຍອດປະຈຳປີສຳລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທັງໝົດແມ່ນສູນ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ກ່ອງ ຄຳຢັ້ງຢືນ ຂ້າງເທິງ ແລະ ຂ້າງລຸ່ມນີ້,

ໃຫ້ຄຳອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບວິທີການລ້ຽງດູຕົວທ່ານໂດຍບໍ່ມີລາຍໄດ້ ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ໃນຄົວເຮືອນ ເຊັ່ນ: ອາຫານ, ທີ່ພັກອາໄສ, ສາທາລະນຸປະໂພກ ແລະ ສິ່ງຈຳເປັນອື່ນໆ.

\$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈຶກຈາກຖົງທຶນທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ ສຳລັບການບໍລິການສຸກເສີນ ຫຼື ທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະປະກອບດ້ວຍ ການຈ່າຍຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ, ເງິນມັດຈຳ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນທຳອິດ ສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ຫັນຕະກຳທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ.

\$ _____

ກະລຸນາລະບຸລາຍຊື່ສະມາຊິກທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ.

| ຊື່ | ວັນເດືອນປີເກີດ | ສາຍພົວພັນ | ໝາຍເລກບັນທຶກທາງການແພດ # |
|-------|----------------|-----------|-------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

ບໍ່ມີປະກັນໄພບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈເຖິງທາງເລືອກຂອງທ່ານໄດ້. ໝາຍກ່ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກໃຫ້ Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານ ເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບທາງເລືອກຂອງທ່ານ ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ **1-800-479-5764 (TTY 711)** ເພື່ອຂໍໃບສະເໜີລາຄາ.

ແມ່ນ, ຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໃຫ້ໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້ໃນຄໍາຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້ແມ່ນມີຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ສົມບູນຄົບຖ້ວນໃນທຸກດ້ານ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າກໍຍັງຮັບຮູ້ ແລະ ຍອມຮັບອີກດ້ວຍວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່

Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) ອີກດ້ວຍ ສໍາລັບຈໍານວນເງິນທັງໝົດທີ່ຕິດໜີ້

Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ສໍາລັບສິນຄ້າ ແລະ

ການບໍລິການທາງການແພດທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ໂຄງການ (“ຈໍານວນເງິນທີ່ຍິ່ງເຫຼືອ”).

ໝາຍເຫດ: ເມື່ອບໍ່ໄດ້ສະໝອງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບໃຫ້, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals

ຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກບັນດາໜ່ວຍງານລາຍງານເຄຣດິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ

ເພື່ອກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.

ການສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການອະນຸຍາດແກ່ KFH/HP

ເພື່ອຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນຈາກບັນດາໜ່ວຍງານລາຍງານເຄຣດິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ

ເພື່ອກວດສອບຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ໄດ້ໃຫ້ໄວ້ຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້ ທີ່ເຫັນວ່າມີຄວາມຈໍາເປັນ.

| | |
|---------|-------|
| ລາຍເຊັນ | ວັນທີ |
|---------|-------|

ພວກເຮົາຈະສູນທຸກຄວາມພະຍາຍາມທີ່ສົມເຫດສົມຜົນໃນການຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໃນທັນທີ ແລະ

ເມື່ອຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການກວດສອບແລ້ວ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍຢືນຢັນຜົນໄດ້ຮັບ.

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.

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。

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.