

# ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (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 **1-800-464-4000** 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**1-800-757-7585** 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 **1-800-788-0616** 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 ໃບສັງຄົມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ຫຼື ມີກຳນົດ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບຈາກ Kaiser Permanente, ໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (Medical Financial Assistance, MFA) ຂອງພວກເຮົາອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

## ວິທີເຮັດວຽກຂອງໂຄງການດັ່ງກ່າວ

- ໂຄງການມີ “ລາງວັນ” ຊົ່ວຄາວເພື່ອຊ່ວຍຜູ້ສະໝັກທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ຈ່າຍຄ່າດູແລ ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການທາງການເງິນ ຂອງພວກເຂົາ.
- ມັນສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າໄດ້ຮັບລາງວັນ, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸກເສີນ ຫຼື ຈໍາເປັນທາງການແພດຈາກບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ບັນດາສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້.

## ວິທີເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ

ທ່ານຕ້ອງບັນລຸໄດ້ຕາມເງື່ອນໄຂທີ່ຕ້ອງການໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:\*

1. ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເກີນ 350% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

\***ໝາຍເຫດ:** ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນຫຼາຍກວ່າ 350% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ/ຫຼື ທ່ານແມ່ນສະມາຊິກຂອງ Kaiser Permanente ທີ່ມີແຜນທີ່ຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ, ທ່ານຈະຕ້ອງບັນລຸໃຫ້ໄດ້ຕາມມາດຖານຂ້າງລຸ່ມນີ້.

2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຈັກຈາກຖົງຂອງຕົນ ສໍາລັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈໍາເປັນທາງການແພດ, ການປິ່ນປົວແຂ້ວ ແລະ ຢາກິນ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດຂອງທ່ານ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈັກຈາກຖົງຂອງຕົນລວມມີ ການຮ່ວມຈ່າຍ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈັກຖົງຂອງຕົນບໍ່ໄດ້ລວມເອົາທຸກການຈ່າຍເງິນສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບ້ຍປະກັນປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ.

350% ຂອງຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ (FPG) ປະຈໍາປີ 2021		
ຖ້າຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:	ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານຕ້ອງບໍ່ ເກີນ:	
	ລາຍເດືອນ	ລາຍປີ
1	\$3,757	\$45,080
2	\$5,081	\$60,970
3	\$6,405	\$76,860
4	\$7,729	\$92,750
5	\$9,053	\$108,640
6	\$10,378	\$124,530

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

## ມີຄໍາຖາມຫຍັງບໍ?

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ ສໍາລັບໂຄງການ MFA ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການດັ່ງກ່າວຮັບຈ່າຍໃຫ້ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບໃດແດ່, ເຂົ້າຊົມ [www.kp.org/mfa/scal](http://www.kp.org/mfa/scal).

## ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.

- ເນື່ອງຈາກວ່າໂຄງການ MFA ໃຫ້ລາງວັນທາງການເງິນພຽງຊົ່ວຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານໃນໄລຍະຍາວ. ຊຶ່ງອາດຈະປະກອບມີໂຄງການສຸຂະພາບຂອງລັດ ຫຼື ເອກະຊົນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ເຊັ່ນ: Medi-Cal ຫຼື ແຜນໃຫ້ເງິນອຸດໜູນທີ່ມີຢູ່ໃນຕະຫຼາດປະກັນສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໃນບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກບັນດາໂຄງການດັ່ງກ່າວ. ແຕ່ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກໂຄງການ MFA ໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈຈາກບັນດາໂຄງການອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 800-479-5764 (ສໍາລັບ TTY, ໂທ 711) ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບທາງເລືອກໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

## ວິທີສະໝັກ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມບັນດາເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 <b>ທາງອອນລາຍ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່ <a href="http://www.kp.org/mfa/scal">www.kp.org/mfa/scal</a></li> <li>• ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.</li> </ul>
 <b>ໂທຫາພວກເຮົາ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ ເວລາມາດຕະຖານປາຊີຟິກ (Pacific Standard Time, PST).</li> <li>• ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.</li> </ul>
 <b>ສົ່ງແຟັກ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້.</li> <li>• ແຟັກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ <b>1-866-497-0005</b>.</li> </ul>
 <b>ສົ່ງທາງໄປສະນີ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້.</li> <li>• ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li> </ul>
 <b>ໄປສົ່ງເຖິງທີ່</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້.</li> <li>• ໄປສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວທີ່ພະແນກຮັບຄົນເຈັບຂອງໂຮງໝໍ Kaiser Permanente ປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.</li> </ul>
 <b>ເຂົ້າພົບ ທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ເຂົ້າພົບທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນຢູ່ສະຖານທີ່ແຫ່ງໃດໜຶ່ງຂອງພວກເຮົາທີ່ກຳນົດໄວ້, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ PST.</li> <li>• ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.</li> </ul>

**ສິ່ງສຳຄັນ:** ເມື່ອສະໝັກທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕື່ມໄດ້. ການຂາດຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງອາດຈະເຮັດໃຫ້ຂັ້ນຕອນການສະໝັກມີຄວາມຊັກຊ້າ.

### ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໝັກ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາກວດເບິ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບຜົນໄດ້ຮັບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວ ແລະ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບລາງວັນດ້ານການເງິນ.
- ເພື່ອປະກອບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານໃຫ້ສໍາເລັດ, ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນ ຫຼື ເອກະສານເພີ່ມຕື່ມ ຊຶ່ງທ່ານສາມາດສົ່ງໃຫ້ພວກເຮົາທາງໄປສະນີ ຫຼື ສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ; ອາດຈະລວມມີຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ ຫຼື ສໍາເນົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆ ທີ່ຈັກຈາກຖົງຂອງທ່ານ.
- ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ແລະ ເປັນຫຍັງຈຶ່ງຖືກປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້ທ່ານສາມາດອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

### ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່?

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສະໝັກຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-390-3507 (TTY 711)**, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ PST. ທ່ານຍັງສາມາດປຶກສາກັບທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນຢູ່ສະຖານທີ່ແຫ່ງໃດແຫ່ງໜຶ່ງຂອງ Kaiser Permanente ໄດ້.

## ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ 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/ເງິນສົ່ງເຄາະນັກຮົບເກົ່າ |

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

**ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບ:** ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈັກຈາກຖົງຕົນເອງທັງໝົດ ທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນສໍາລັບການບໍລິການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈໍາເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະລວມມີການຮ່ວມຈ່າຍ, ເງິນມັດຈໍາ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນ ສໍາລັບການມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວພະຍາດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ການປິ່ນປົວແຂ້ວ. \$ \_\_\_\_\_

**ກະລຸນາລະບຸຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ.**

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

**ບໍ່ມີປະກັນໄພແມ່ນບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້.** ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຕ່າງໆຂອງທ່ານໄດ້. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານຢາກໃຫ້ Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອປຶກສາຫາລືເຖິງທາງເລືອກຕ່າງໆຂອງທ່ານ.  ແມ່ນແລ້ວ, ຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດຕາມການລົງໂທດການໃຫ້ຄວາມເຫັດວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງໃນຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງທຸກປະການ. 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 ສະຫງວນສິດໃນການນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານການລາຍງານເຄຼດິດຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຕ່າງໆຂອງບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ ເພື່ອກໍານົດການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມບັນດາໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ຂອງລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.