

## ໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (Medical Financial Assistance)

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

### ຫຼັກການເຮັດວຽກຂອງໂຄງການ

- ໂຄງການໃຫ້ “ເງິນລາງວັນ” ຊົ່ວຄາວ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍທີ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນຈ່າຍຄ່າການເບິ່ງແຍງດູແລ ໂດຍອີງຕາມຄວາມຕ້ອງການທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກກ່ຽວ.
- ໂຄງການນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ແກ່ບັນດາຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ຫົມດທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່ກໍຕາມ.
- ຖ້າໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸກເສີນ/ຮີບດ່ວນ ຫຼື ທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ສະຖານພະຍາບານຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້.
- ເງິນລາງວັນດັ່ງກ່າວບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ກັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ຮຽກເກັບເງິນຢູ່ນອກສະຖານພະຍາບານຂອງ Kaiser Permanente.

### ວິທີການເຮັດໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ ເພື່ອໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຕ້ອງບັນລຸໃຫ້ໄດ້ ຫຼື ໃນບັນດາບັນທັດຖານດັ່ງນີ້:


1. ລາຍຮັບລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ (ລາຍຮັບກ່ອນພາສີ ແລະ ການຫັກລົບ) ແມ່ນ 300% ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ ຂອງ ລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.
2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈັກຈາກຖົງຂອງທ່ານ ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸກເສີນ ຫຼື ທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ, ການເບິ່ງແຍງດູແລແຂ້ວ ແລະ ຢາປົວພະຍາດ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ ແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍຮັບລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈັກຈາກຖົງ ປະກອບມີດ້ວຍ ການຈ່າຍຄ່າຈາຍຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ຈໍານວນທີ່ເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນທໍາອິດ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈັກຈາກຖົງ ບໍ່ລວມເອົາການຈ່າຍເງິນໃດໆ ສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບັຍປະກັນລາຍເດືອນຂອງທ່ານ.

ຄ່າແນະນຳກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານ ກາງ (FPG) ປະຈຳປີ 2024		
ຖ້າຂະໜາດ ຄົວເຮືອນ/ຄອບຄົວຂອງ ທ່ານແມ່ນ:	ຈະໄດ້ຮັບເງິນລາງ ວັນ 100% ສໍາລັບລາຍຮັບລວມ ຍອດປະຈຳເດືອນ ຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າ 200% ຂອງ FPG	ຈະໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ 50% ສໍາລັບລາຍຮັບລວມ ຍອດປະຈຳເດືອນຢູ່ລະຫວ່າງ 201% ຫາ 300% ຂອງ FPG
1	ສູງເຖິງ \$2,510	\$2,511 ຫາ \$3,765
2	ສູງເຖິງ \$3,407	\$3,408 ຫາ \$5,110
3	ສູງເຖິງ \$4,303	\$4,304 ຫາ \$6,455
4	ສູງເຖິງ \$5,200	\$5,201 ຫາ \$7,800
5	ສູງເຖິງ \$6,097	\$6,098 ຫາ \$9,145
6	ສູງເຖິງ \$6,993	\$6,994 ຫາ \$10,490

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






**ມີຄໍາຖາມບໍ?**  
 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການ MFA ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການນີ້ຊ່ວຍຈ່າຍໃຫ້ແກ່ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບປະເພດໃດແດດ, ໃຫ້ເຂົ້າເບິ່ງ [kp.org/mfa/co](https://kp.org/mfa/co), ໂທຫາ **303-338-3555** ຫຼື ສະແດງນະຫັດນີ້.

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



**ວິທີການສະໜັກຂໍ**

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໜັກຂໍໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 <b>ທາງອອນລາຍ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ທາງອອນລາຍໃຫ້ສໍາເລັດ ທີ່ <a href="http://kp.org/mfa/co">kp.org/mfa/co</a></li> <li>ກຽມພ້ອມໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.</li> </ul>
 <b>ທາງແຜ່ກ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ.</li> <li>ແຜ່ກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປທີ່ເບີ <b>1-855-300-3684</b>.</li> </ul>
 <b>ທາງໄປສະນີ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ.</li> <li>ສົ່ງແຜ່ກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປຍັງ: Northfield Support Services 11000 E. 45th Avenue Denver, CO 80239-3003</li> </ul>
 <b>ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວເອງ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ສໍາເລັດ.</li> <li>ນຳໃບຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປສົ່ງຢູ່ທີ່ Patient Registration (ຝ່າຍລົງທະບຽນຄົນເຈັບ) ຢູ່ທີ່ຫ້ອງການທາງການແພດຂອງ Kaiser Permanente ແຫ່ງໃດກໍໄດ້.</li> </ul>
 <b>ພົບກັບທີ່ປຶກສາດ້ານການເງິນ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ພົບກັບທີ່ປຶກສາດ້ານການເງິນທີ່ສະຖານພະຍາບານທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງພວກເຮົາ, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ ຕາມເວລາ MST.</li> <li>ກຽມພ້ອມໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.</li> </ul>

**ສິ່ງສໍາຄັນ:** ໃນເວລາສະໜັກຂໍທາງອອນລາຍ, ທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຜ່ກ ຫຼື ນຳໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄປສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາຢ່າລົມຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້. ຖ້າມີຂໍ້ມູນບໍ່ຄົບ, ອາດເຮັດໃຫ້ການພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານມີຄວາມລົ້າຊ້າ ແລະ ສາມາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດບໍ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ.

**ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ?**

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ ຫຼື ຕ້ອງການກວດເບິ່ງສະຖານະຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **303-338-3555**, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 10 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 3 ໂມງແລງ ຕາມເວລາ MST. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານກໍຍັງສາມາດລົມກັບທີ່ປຶກສາດ້ານການເງິນ ຢູ່ສະຖານທີ່ທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງ Kaiser Permanente.

### ເອກະສານຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ

ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ. ການປະກອບເອກະສານຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບໄປພ້ອມກັບໃບຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ຕົວຂໍມູນສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານ ຈະຊ່ວຍໃນການຢັ້ງຢືນຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງລາຍຮັບຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງຂະບວນການພິຈາລະນາໄດ້. ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ລະບຸລາຍການເອກະສານທາງເລືອກທີ່ຈະສົ່ງ ໂດຍອີງຕາມແຫຼ່ງລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ແຫຼ່ງລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ	ໃຫ້ພຽງແຕ່ໜຶ່ງລາຍການຕໍ່ໄປນີ້ຕໍ່ແຫຼ່ງລາຍຮັບ
ລາຍຮັບຈາກທຸລະກິດ/ການໃຫ້ເຊົ່າ	W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄຸ້ມຄອງພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ/ຄ່າຈ້າງ	ໃບຮັບເງິນສະບັບຫຼ້າສຸດ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄຸ້ມຄອງພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ໄດ້ຮັບເງິນບໍານານ/ເບ້ຍບໍານານ/ເງິນປະຈຳປີ	ໃບຮັບເງິນສະບັບຫຼ້າສຸດ ໃບແຈ້ງການເບີກຈ່າຍເງິນບໍານານ/ເບ້ຍບໍານານ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄຸ້ມຄອງພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ	ໃບຮັບເງິນສະບັບຫຼ້າສຸດ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄຸ້ມຄອງພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ລາຍຮັບຈາກປະກັນສັງຄົມ/ການປະກັນເພີ່ມເຕີມ	ຈົດໝາຍຢັ້ງຢືນເງິນຜົນປະໂຫຍດຈາກອົງການປະກັນສັງຄົມ ໃບແຈ້ງຈາກປະກັນສັງຄົມ
ລາຍຮັບຈາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ການພິການ	ຈົດໝາຍຢັ້ງຢືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ການພິການ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄຸ້ມຄອງພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ລາຍຮັບຈາກເງິນສະຫວັດດີການນັກຮີບເກົ່າ	ຈົດໝາຍຢັ້ງຢືນເງິນສະຫວັດດີການນັກຮີບເກົ່າ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄຸ້ມຄອງພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານ (ເຊັ່ນ: Medicaid, TANF, SNAP, WIC ຫຼື ທີ່ຢູ່ອາໄສສຳລັບຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ)	ໜັງສືອະນຸມັດການມີສິດໄດ້ຮັບ
ລາຍຮັບຈາກດອກເບ້ຍ ຫຼື ເງິນບັນຜົນ	ເອກະສານການຄຸ້ມຄອງພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ເງິນຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ/ລູກທີ່ໄດ້ຮັບ	ໜັງສືທີ່ສະແດງລາຍຮັບລວມມອດປະຈຳເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບ ສຳລັບຄ່າລ້ຽງດູລູກ ຫຼື ຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ
ບໍ່ມີລາຍຮັບຄົວເຮືອນ	ຄຳຢັ້ງຢືນ/ຄຳອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນ

### ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງ ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາໃບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເຖິງຜົນໄດ້ຮັບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ພາຍໃນສາມສິບ (30) ວັນ ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບ:

- ຖ້າໃບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບເງິນລາງວັນຂອງທ່ານ.
- ຖ້າໃບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍທີ່ອະທິບາຍເຖິງຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນໃນການຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາໃບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ທ່ານ

---

ສາມາດສົ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍໄດ້ທາງອີເມວ ຫຼື ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ;  
ຂໍ້ມູນນີ້ອາດປະກອບດ້ວຍຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ ຫຼື ສໍານຳຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈັກຈາກຖົງຂອງທ່ານ.

- ຖ້າໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ,  
ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເຖິງເຫດຜົນໃນການປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້  
ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

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

**ພາກທີ 1: ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ**

ຊື່	ໝາຍເລກບັນທຶກທາງການແພດ (ບໍ່ໃສ່ກໍໄດ້)
ວັນເດືອນປີເກີດ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ບໍ່ໃສ່ກໍໄດ້) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ</span>
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖະໜົນ)	
ເມືອງ	ລັດ <span style="float: right;">ລະຫັດໄປສະນີ</span>
ບັດຈຸບັນຄົນເຈັບບໍ່ມີເຮືອນຢູ່ອາໄສແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	ເປີໂທລະສັບຫຼັກ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ບ້ານ <input type="checkbox"/> ມືຖື</span> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ວຽກ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ</span>

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**

<p><b>ຂະໜາດຄົວເຮືອນ:</b> ຈຳນວນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ (ລວມທັງທ່ານ) ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຊຸ່ງທ່ານ. ສາມາດຈະປະກອບດ້ວຍຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຮັກ, ເດັກ, ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງ ແລະ ອື່ນໆ ທີ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ.</p> <p><b>ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ (ລາຍເດືອນ):</b> ລາຍຮັບລວມທັງໝົດ (ລາຍຮັບກ່ອນຫັກພາສີ ແລະ ການຫັກລົບ) ສໍາລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນທັງໝົດທີ່ມີອາຍຸເກີນ 18 ປີ. ໝາຍທຸກປະເພດລາຍຮັບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກທຸລະກັດ/ການໄຫ້ເຊົ່າ</p> <p><input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ/ຄ່າຈ້າງ</p> <p><input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກເງິນສະຫວັດດີການນັກຮິບເກົາ</p> <p><input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກດອກເບ້ຍ ຫຼື ເງິນບັນຜົນ</p> <p><input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກປະກັນສັງຄົມ/ການປະກັນເພີ່ມເຕີມ</p> <p><input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ການພິການ</p> <p><input type="checkbox"/> ເງິນຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ/ລູກທີ່ໄດ້ຮັບ</p> <p><input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບເງິນບໍານານ/ເບ້ຍບໍານານ/ເງິນປະຈໍາປີ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ມີໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີລາຍໄດ້ ຫຼື ໄດ້ຮັບລາຍຮັບໃນ 2 ເດືອນຜ່ານມາ</p> </div> </div> <p>ຖ້າລາຍໄດ້ລວມຍອດປະຈໍາປີສໍາລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທັງໝົດແມ່ນສູນ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ກ່ອງ ຄ່າຢ່າຍື່ນ ຂ້າງເທິງ ແລະ ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ໃຫ້ຄໍາອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບວິທີການລ້ຽງດູຕົວທ່ານໂດຍບໍ່ມີລາຍໄດ້ ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ໃນຄົວເຮືອນ ເຊັ່ນ: ອາຫານ, ທີ່ພັກອາໄສ, ສາທາລະນຸປະໂພກ ແລະ ສິ່ງຈໍາເປັນອື່ນໆ.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: right;">\$ _____</p> <p style="text-align: right;">\$ _____</p>
<b>ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ:</b>	\$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈັກຈາກທັງທັງໝົດທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ ສໍາລັບການບໍລິການສຸກເສີນ ທີ່ ທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ທີ່ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະປະກອບດ້ວຍ ການຈ່າຍຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ, ເງິນມັດຈໍາ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ທີ່ ຈໍານວນທີ່ເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນທໍາອິດ ສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ທີ່ ທັນຕະກໍາທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ.

**ກະດູນາລະບຸລາຍຊື່ສະມາຊິກທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ.**

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນ	ໝາຍເລກບັນທຶກທາງການແພດ #
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

ແມ່ນ, ຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໃຫ້ໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້ໃນຄໍາຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້ແມ່ນມີຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ສົມບູນຄືບຸກຄົນໃນທຸກດ້ານ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າກໍຍັງຮັບຮູ້ ແລະ ຍອມຮັບອີກດ້ວຍວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) ອີກດ້ວຍ ສໍາລັບຈໍານວນເງິນທັງໝົດທີ່ຕິດຕໍ່ ການບໍລິການທາງການແພດ ສໍາລັບສິນຄ້າ ແລະ ການບໍລິການທາງການແພດທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ໂຄງການ (“ຈໍານວນເງິນທີ່ຍັງເຫຼືອ”).

**ໝາຍເຫດ:** ເມື່ອບໍ່ໄດ້ສະໜອງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບໃຫ້, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກບັນດາໜ່ວຍງານລາຍງານເຄຣດິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກບຸກຄົນທີ່ສາມອື່ນໆ ເພື່ອກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.

ການສົ່ງໃບຄຸ້ມຄອງຂໍສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການອະນຸຍາດແກ່ KFH/HP ເພື່ອຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນຈາກບັນດາໜ່ວຍງານລາຍງານເຄຣດິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກບຸກຄົນທີ່ສາມອື່ນໆ ເພື່ອກວດສອບຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ໄດ້ໃຫ້ໄວ້ຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້ ທີ່ເຫັນວ່າມີຄວາມຈໍາເປັນ.

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ
---------	-------

ພວກເຮົາຈະສຸມທຸກຄວາມພະຍາຍາມທີ່ສົມເຫດສົມຜົນໃນການຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໃນທັນທີ 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.