

Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

Si necesita ayuda para pagar los servicios de atención médica o los medicamentos recetados que ha recibido o recibirá de Kaiser Permanente, nuestro programa de MFA (Medical Financial Assistance, Asistencia Financiera para Gastos Médicos) puede ayudarle. Para participar en el programa, complete y envíe una solicitud, donde debe incluir información sobre los ingresos de su hogar.

Cómo funciona el programa

- El programa ofrece “compensaciones” temporales para ayudar a los solicitantes calificados a pagar por la atención según sus necesidades financieras.
- Está disponible para todos los pacientes de Kaiser Permanente, independientemente de que sean miembros o no.
- Si es admitido en el programa, se cubrirá la atención de emergencia/urgencia o medicamento necesaria brindada por proveedores de Kaiser Permanente o en centros de atención de Kaiser Permanente durante un tiempo específico.
- La compensación no se aplica a los servicios de atención médica brindados y facturados fuera de los centros de atención de Kaiser Permanente.

Cómo calificar para el programa

Para calificar, debe cumplir **UNO** de los siguientes conjuntos de criterios:

1. El ingreso bruto de su hogar (ingreso antes de impuestos y deducciones) es 300 % o menos del nivel federal de pobreza.

O BIEN

2. Sus gastos de bolsillo en atención de emergencia o medicamento necesaria, atención dental y medicamentos durante un periodo de 12 meses son iguales o superiores al 10 % del ingreso bruto de su hogar.
 - Los gastos de bolsillo incluyen copagos, coseguros y deducibles.
 - Los gastos de bolsillo no incluyen ningún pago a su plan de salud en sí, como la prima mensual.

Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) para 2024		
Número de personas en su hogar/familia:	Una compensación del 100 % por ingreso bruto mensual del hogar igual o inferior al 200 % de las FPG	Una compensación del 50 % por ingreso bruto mensual del hogar entre el 201 % y el 300 % de las FPG
1	Hasta \$2,885	De \$2,886 a \$4,328
2	Hasta \$3,917	De \$3,918 a \$5,875
3	Hasta \$4,948	De \$4,949 a \$7,423
4	Hasta \$5,980	De \$5,981 a \$8,970
5	Hasta \$7,012	De \$7,013 a \$10,518
6	Hasta \$8,043	De \$8,044 a \$12,065

Visite aspe.hhs.gov/poverty si quiere ver las pautas para hogares más grandes.

¿Tiene alguna pregunta?

Si necesita más información sobre los requisitos del programa de MFA o quiere conocer qué servicios de atención médica cubre, visite kp.org/mfa/hawaii (en inglés), llame al **808-432-7940** o al **808-598-5928** (TTY 711) o escanee este código. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (HST).

Para obtener más información sobre las opciones de cobertura de atención médica, llámenos al **1-800-479-5764** (TTY 711).



Cómo presentar la solicitud

Si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, puede solicitar la MFA de cualquiera de estas maneras.

 <p>En línea</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete en línea la solicitud para la MFA en kp.org/mfa/hawaii (en inglés). • Tenga a la mano toda la información que figura en la solicitud de la MFA en la página siguiente.
 <p>Por fax</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente. • Envíe la solicitud completada al 808-432-7950.
 <p>Por correo postal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente. • Envíe la solicitud completada a la siguiente dirección: Kaiser Permanente Attention: MFA Program - Business Services 3288 Moanalua Road Honolulu, HI 96819-1469
 <p>En persona</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente. • Entregue su solicitud completada en cualquier centro de atención de Kaiser Permanente.
 <p>Reunión con un asesor financiero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reúnase con un asesor financiero en uno de nuestros centros designados, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (HST). • Tenga a la mano toda la información que figura en la solicitud de la MFA en la página siguiente.

Importante: Cuando presente la solicitud en internet, por correo, por fax o en persona, asegúrese de completarla lo mejor que pueda. La falta de información puede demorar el procesamiento de su solicitud y ocasionar que se rechace la asistencia.

¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda con la solicitud o quiere verificar su estado, llame al **808-432-7940** o al **1-800-598-5928** (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (HST). También puede hablar con un asesor financiero en uno de nuestros centros designados.

Documentación de prueba de ingresos

La verificación de ingresos es parte del proceso que determina si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera destinada a cubrir gastos médicos. Incluir documentación que pruebe sus ingresos junto con la solicitud completada ayudará a confirmar la exactitud de sus ingresos durante el proceso de revisión. La siguiente tabla enumera los documentos opcionales que debería presentar según las fuentes de ingresos de su hogar.

Fuentes de ingresos familiares	Proporcione solo uno de los siguientes por fuente de ingresos
Ingresos comerciales o de alquileres	Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingreso laboral o salario	Talones de pago recientes Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades	Talones de pago recientes Estado de pagos de pensión o jubilación Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos por trabajo autónomo	Talones de pago recientes Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario	Carta de verificación de beneficios de la Administración del Seguro Social Declaración del Seguro Social
Ingresos por desempleo o incapacidad	Carta de verificación de beneficios por desempleo o incapacidad Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos por veterano	Carta de verificación de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Asistencia gubernamental (p. ej., Medicaid, TANF, SNAP, WIC o vivienda para personas de bajos ingresos)	Carta de aprobación de elegibilidad
Ingresos por intereses o dividendos	Declaración de impuestos reciente
Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos	Una carta que muestre los ingresos brutos mensuales recibidos para manutención de los hijos o pensión alimenticia
Sin ingresos en el hogar	Declaración o explicación por escrito

Qué esperar después de presentar la solicitud

Después de revisar su solicitud, le informaremos uno de los siguientes resultados dentro de los treinta (30) días posteriores a su recepción:

- Si la solicitud se aprueba, recibirá una carta que le notificará su reconocimiento financiero.
- Si la solicitud está incompleta, recibirá una carta que detallará la información necesaria para procesar su solicitud. Puede enviar la información requerida por correo postal o entregarla en persona, esto podría incluir prueba de ingresos o copias de sus gastos de bolsillo.
- Si la solicitud se rechaza, recibirá una carta que le notificará la razón y tendrá la posibilidad de apelar la decisión.

Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

Sección 1: Información del paciente

NOMBRE		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (OPCIONAL)	
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)		<input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social
DIRECCIÓN POSTAL (CALLE)			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿Actualmente el paciente no tiene vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro

¿Está el paciente inscrito en un programa de asistencia estatal como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP); Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF); Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC); viviendas para personas de bajos ingresos o Medicaid? Sí No

Sección 2: Información del hogar

Cantidad de integrantes de la familia: Número de miembros de la familia (incluido usted) que viven en su hogar. Esto puede incluir a su cónyuge o pareja doméstica calificada, hijos, un cuidador que no sea la madre/el padre, familiares, etc.

Ingresos familiares (mensual): Ingreso bruto total (ingreso antes de impuestos y deducciones) de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Marque TODOS los tipos de ingresos que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingresos comerciales o de alquileres | <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario |
| <input type="checkbox"/> Ingreso laboral o salario | <input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo o incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por veterano | <input type="checkbox"/> Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos | <input type="checkbox"/> Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo autónomo | <input type="checkbox"/> Nadie en mi hogar recibe o ha recibido ingresos en los últimos 2 meses |

Si el ingreso bruto anual de todos los miembros del hogar es cero, marque la casilla de certificación arriba y abajo, proporcione una explicación por escrito sobre cómo los miembros adultos de la familia se mantienen sin ingresos, es decir, alimentos, albergue, servicios públicos y otras necesidades.

\$ _____

Costos de la atención médica: Gastos de bolsillo totales que tuvo durante un periodo de 12 meses por servicios de emergencia o médicamente necesarios proporcionados por Kaiser Permanente o cualquier otro proveedor de atención médica. Puede incluir copagos, depósitos, coseguros o deducibles por servicios médicos, de farmacia o dentales elegibles.

\$ _____

Indique todos los miembros de su hogar que aplican al Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos.

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	N.º de historia clínica
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿No tiene seguro? Kaiser Permanente puede ayudar. Si no tiene cobertura de atención médica, podemos ayudarle a comprender sus opciones. Marque esta casilla si desea que Kaiser Permanente se comunique con usted para hablar sobre sus opciones. O bien puede llamarnos al **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obtener una cotización.

Sí, comuníquense conmigo

Por la presente declaro que toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera, precisa y completa en todos los aspectos. También reconozco y acepto que soy responsable ante Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals (KFH/HP) de todos los montos adeudados a KFH/HP por servicios y artículos médicos que no sean elegibles según el programa (los "Saldos").

Nota: Cuando no se proporcione prueba de ingresos, Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals utilizarán la información de las agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros a fin de determinar la elegibilidad para programas médicos federales, estatales y privados, incluido el programa de MFA.

Al enviar esta solicitud, autorizo a KFH/HP a obtener información de las agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros para verificar cualquier dato proporcionado en esta solicitud que se considere necesario.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Haremos todos los esfuerzos razonables para procesar su solicitud de manera oportuna. Una vez revisada, recibirá una carta confirmando el 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.

Bisaya: Kon kinahanglan kag tabang diha sa imong pinulongan, available ang libreng tabang sa pinulongan, 24 oras kada adlaw, 7 ka adlaw kada semana (sirado sa mga holiday). Tawag sa among Member Service Contact Center sa 1-800-464-4000 (TTY 711) para sa tabang o bisitaha ang bisan unsang registration desk para sa dugang impormasyon sa bisan unsang hospital sa Kaiser Permanente, Lunes hangtod Biyernes, 8 a.m. hangtod 5 p.m. Available pod ang mga tabang ug serbisyo para sa mga disable, sama sa mga dokumento diha sa braille, dagkong print, audio, ug uban pang ma-aaccess nga electronic format.

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。

Chuukese: Ika pwe ka mochen aninis non eom fosun fonu, aninisin fosun fonu a kan kaworeno non esapw wor momon ngonuk, 24 awa ew ran, 7 ran ew wik (kesipino non holiday kena). Kori achewe Memeber Service Contact Center non 1-800-464-4000 (TTY 711) ren aninis ika churi ekkena chepenin registerino ren chomong poraus non ekkena piinin Kaiser Permanente, Sarinfan tori Animu, 8 a.m. tori 5 p.m. Aninis kena me pwan angangen aninis kena ren aramas fiti teririr kena, usun chok taropwe kena non braille, watten maak, teip, me pwan ekkoch maaken electronic kena ra atotogeni ra kan pwan kaworeno.

Hawaiian: Inā makemake paha 'oe e kōkua 'ia mai maō kāu 'ōlelo makuahine, loa'a nā kōkua ma nā 'ōlelo mākuahine 'ē a'e a manuahi nō ho'i nā kōkua iā 'oe, 24 lā o ka lā, 7 lā o ka pule (pa'a ma nā lā nui). E kelepona aku i ka mākou Kikowaena Ka'a'ike Kōkua no nā Lālā ma 1-800-464-4000 (TTY 711) no ke kōkua 'ana 'ia mai a i 'ole e kipa aku i kekahi o ka mākou mau ke'ena kōkua ho'opa'a inoa no nā mana'o 'ē a'e ma nā haukapila Kaiser Permanente a pau, mai ka Po'akahi a Po'alima, hola 8 a.m. a hola 5 p.m. Loa'a pū nā kāko'o a me nā kōkua no nā po'e me nā kīnānā kino, e like me kekahi palapala kikokikona heluhelu manamanama lima, kekahi palapala i pa'i 'ia me nā huapalapala nūnui, kekahi kōkua i 'oki leo 'ia, a me nā hulu launa uila 'ē a'e kekahi.

Ilocano: No kasapulam ti tulong iti pagsasaom, magun-od ti tulong iti pagsasao nga awan ti bayadam, 24 nga oras iti inaldaw, 7 nga aldaw iti makalawas (nakaserra no pista opisial). Tawagan ti Sentro ti Panagkontak para iti Serbisio ti Miembro iti 1-800-464-4000 (TTY 711) para iti tulong wenno bisitaen ti aniaman a registration desk para iti ad-adu pay nga impormasion iti aniaman nga ospital ti Kaiser Permanente, Lunes agingga iti Biernes, 8 a.m. agingga iti 5 p.m. Magun-odan met dagiti tulong ken serbisio para kadagiti tattao nga addaan iti kinabaldado, kas kadagiti dokumento iti braille, dadakkel a letra, audio, ken dadduma pay a nalaka a magun-od nga elektroniko a format.

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。

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, ກໍຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນມື້ວັນພັກຕ່າງໆ). ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກ ຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-464-4000 (TTY 711) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼື ເຂົ້າໄປຫາໂຕະລົງທະບຽນໃດກໍໄດ້ ເພື່ອສອບຖາມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຢູ່ໂຮງໝໍຂອງ Kaiser Permanente ແຫ່ງໃດກໍໄດ້, ແຕ່ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ. ນອກຈາກນັ້ນ, ກໍຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆ ສໍາລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ສຽງບັນທຶກ ແລະ ຮູບແບບເອເລັກໂຕນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.

Marshallese: Ñe kwōj aikuj jibañ ilo kajin eo am, ewōr jibañ ilo kajin eo am im ejellok wonnen, 24 awa ilo juon raan, 7 raan ilo juon wiik (kilōk ilo raan in holiday ko). Kall ae tok Jikin Jibañ ro rej Uwaan Doulul eo ad ilo 1-800-464-4000 (TTY 711) ñan jibañ ñe ejab etal ñan jabdewōt tebol in kadeloñ āt ñan melele ko relablok ilo jabdewōt aujbitol an Kaiser Permanente, Mande ñan Bolaide, 8 awa jibbon ñan 5 awa jota. Ewōr kein jibañ im jibañ ko ñan armij ro ewōr aer utamwe, einwōt peba ko ilo braille, jeje ko relab, kein roñjak, im bar ilo wāween ko jet remaron loe melele ko ilo kein jerbak kapeel in raan kein.

Navajo: Saad Diné k'ehjí' bee shiká a'doowoł ninízingo, t'áá jíík'e nábeehaz'á, t'áá áhwiíjí t'áá áhwiít'éeé', tsosts'idjí ąą'át'é (dahodiyin nídei'aah góne' éi da'deelkaal). Member Service Contact Centerjí' hodííłni 1-800-464-4000 (TTY 711) éi doodago t'ááni Kaiser Permanente bi azee' ádaal'íníjí' dífínáál dóó baa nidíniítaal damóo biiskání dóó niléi nida'iiníshjí' aa'ádaat'é abínigo tseebíí bik'i dahazk'ęęzgo dóó yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjí' ná ąą'át'é. T'áá háıda bits'íí' dóó binisíkeęs bee bich'í' anídahast'í'ígíi bá ahoot'i' nááná t'áá háıda doo da'oo'íni binaaltsoos yee deiyólta'ígíi bá hólq ałdo' áádóo saad nitsaago bee bik'i da'ashchínígí ałdo' hólq nááná saad bik'i naha'níhígíi ná hólq nááná béesh bee t'áá bí nitsídaakęęsígíi ał'ąą ádaa t'ęęgo bee nahwidinitingo ałdo' ná dahólq.

Pohnpei an: Mah ke anahne sawas ohng ahmw lokaia, soun sawas en lokaia kak sawas ni sohte isepe ohng kowe, awa 24 nan rahn ehu, rahn 7 nan ehu wih (kilohs ni oalidei). Eker aht Wasahn Sahpis ni 1-800-464-4000 (TTY 711) ohng sawas de wasahn kileledi ohng ekei mengihtik ni imwen wini en Kaiser Permanente, Ni Ehd lel Ni Alem, kuloak 8 menseng lel kuloak 5 mwurin souwas. Mehn sawas oh sahpis ohng aramas me anahn tohror me duwehte doaropwe ni inting en me mas kun, inting lapala, mehn rongorong, oh soangen dipwisou en kamengei kan pil kak kohda.

Samoan: Afai e te mana'omia se fesoasoani i lau gagana, e mafai ona e maua le fesoasoani i le gagana e aunoa ma se totoġi, 24 itula o le aso, 7 aso o le vaiaso (tapuni i aso mālōlō). Vala'au i la matou Member Service Contact Center (Nofoaga Autū mo Fesoasoani mo Sui Auai) i le 1-800-464-4000 (TTY 711) mo se fesoasoani pe asiasi i so o se laulau lesitala mo nisi faamatalaga i so o se falema'i o Kaiser Permanente, Aso Gāfua e oo i le Aso Faraile, 8 i le taeao e oo i le 5 i le afiafi. O loo maua fo'i fesoasoani ma auaunaga mo tagata e i ai mana'oga faapitoa, e pei o le gagana patupatu (braille), lomiga e lapopo'a mata'itusi, leo ua pu'eina, ma e mafai ona maua ai isi faiga tau faaeletonika.

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.

Tongan: Kapau 'oku ke fiema'u tokoni homou lea, 'oku 'i ai e tokoni ta'etotongi kiate koe homou lea, houa 'e 24, 'aho 7 he uike (tāpuni he 'aho mālōlō). Fetu'utaki mai ki he Senitā Fakafetu'utaki Kau Mēmipa 'i he 1-800-464-4000 (TTY 711) ki ha tokoni pē lava atu ki ha kanita fai'anga lesisita ki ha to e fakamatala ange 'i he Falemāhaki Kaiser Permanente, Monite ki he Falaite, 8 pongipongi ki he 5 efiafi. Ai Tokoni mo e ngāue ki he kakai faingata'a'ia fakasino, hangē ko e ngaahi tohi ki he kau kui, paaki mata lālahi, hiki le'o, pea 'ata ki ai mo e ngaahi naunau faka'ilekitonika 'oku ma'u atu ai.

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.