

## កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA)

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព ឬវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកមាន ឬគ្រោងនឹងទទួលបានពី Kaiser Permanente កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA) របស់យើងប្រហែលជាអាចជួយអ្នកបាន។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំបានដោយបំពេញ និងដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំ រួមទាំងព័ត៌មានចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។

### កម្មវិធីនេះដំណើរការដូចម្តេច

- កម្មវិធីនេះផ្តល់ជូននូវ "រង្វាន់" បណ្តោះអាសន្នដើម្បីជួយដល់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់យកទៅបង់សេវាថែទាំដោយផ្អែកលើតម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពួកគេ។
- កម្មវិធីនេះអាចចូលរួមបានសម្រាប់អ្នកជំងឺ Kaiser Permanente ទាំងអស់ មិនថាអ្នកជាសមាជិក ឬអត់នោះទេ។
- ប្រសិនបើបានទទួលរង្វាន់ កម្មវិធីនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់/ភ្លាមៗ ឬចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ពីអ្នកផ្តល់សេវា Kaiser Permanente ឬនៅកន្លែងថែទាំរបស់ Kaiser Permanente ក្នុងរយៈពេលជាក់លាក់ណាមួយ។
- រង្វាន់នេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវាថែទាំសុខភាពដែលបានផ្តល់ និងចេញវិក្កយបត្រក្រៅពីកន្លែងថែទាំរបស់ Kaiser Permanente ទេ។

របៀបមានសិទ្ធិទទួលបាន

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន

អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវមួយក្នុងចំណោម  
លក្ខខណ្ឌតម្រូវខាងក្រោម៖

1. ប្រាក់ចំណូលសរុបក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក  
(ប្រាក់ចំណូលមុនបង់ពន្ធ និងការកាត់កងនានា)  
គឺ 300%  
ឬគិតជាងកម្រិតនៃបន្ទាត់ក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ។

ឬ

2. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពប្រាក់ហោប៉ៅរបស់  
អ្នកសម្រាប់ការថែទាំបន្ទាន់  
ឬចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំធ្មេញ  
និងថ្នាំក្នុងរយៈពេល 12 ខែគឺស្មើនឹង ឬច្រើនជាង  
10% នៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នក។
  - ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅរួមមាន  
ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន សហធានារ៉ាប់រង  
និងការទូទាត់ប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុន។
  - ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅមិនរាប់បញ្ចូលការទូទាត់  
ទាំងឡាយលើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកផ្ទាល់  
ដូចជាបុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នកនោះទេ។

**គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីបន្ទាត់កម្រិតក្រីក្រសហព័ន្ធ ឆ្នាំ  
2024 (FPG)**

ប្រសិនបើ ទំហំសមាជិក ក្នុងផ្ទះ/ គ្រួសាររបស់ អ្នកគឺ៖	រង្វាន់ 100% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូល គ្រួសារសរុបប្រចាំខែ នៅត្រឹម ឬក្រោម 200% នៃ FPG	រង្វាន់ 50% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូល ក្នុងគ្រួសារសរុបប្រ ចាំខែរវាង 201% និង 300% នៃ FPG
1	រហូតដល់ \$2,510	\$2,511 ទៅ \$3,765
2	រហូតដល់ \$3,407	\$3,408 ទៅ \$5,110
3	រហូតដល់ \$4,303	\$4,304 ទៅ \$6,455
4	រហូតដល់ \$5,200	\$5,201 ទៅ \$7,800
5	រហូតដល់ \$6,097	\$6,098 ទៅ \$9,145
6	រហូតដល់ \$6,993	\$6,994 ទៅ \$10,490

ចូលទៅគេហទំព័រ [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty)  
ដើម្បីស្វែងរកគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់គ្រួសារមាន  
សមាជិកច្រើន។

**មានសំណួរ?**





សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី MFA  
ឬដើម្បីមើលថាសេវាថែទាំសុខភាពណាដែលផ្តល់ការបង់ថ្លៃ សូមចូលទៅកាន់  
[kp.org/mfa/mas](https://kp.org/mfa/mas), ទូរសព្ទទៅលេខ **1-844-412-0919**, (TTY 711),  
ឬស្តេនលេខកូដនេះ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជម្រើសធានារ៉ាប់រងសុខភាព  
សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-479-5764** (TTY 711)។



### របៀបដាក់ពាក្យស្នើសុំ

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមវិធីណាមួយក៏បាន។

 <b>អនឡាញ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បំពេញពាក្យ MFA លើអ៊ីនធឺណិត <a href="http://kp.org/mfa/mas">kp.org/mfa/mas</a></li> <li>• ត្រូវត្រៀមផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័របន្ទាប់។</li> </ul>
 <b>ផ្ញើទូរសារ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័រខាងក្រោម។</li> <li>• ផ្ញើទូរសារនូវពាក្យដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅលេខ <b>1-855-414-1713</b> ។</li> </ul>
 <b>ផ្ញើតាមប្រអប់សំបុត្រ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័រខាងក្រោម។</li> <li>• ផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរាល់ទៅ៖                      Kaiser Permanente MFA Program                      2101 East Jefferson Street                      Rockville, MD 20852</li> </ul>
 <b>មកដល់ដោយផ្ទាល់</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័រខាងក្រោម។</li> <li>• ទម្លាក់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរបស់អ្នកនៅសេវាសមាជិកនៅមជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រ Kaiser Permanente ណាមួយ។</li> </ul>

**សំខាន់៖** នៅពេលដាក់ពាក្យតាមអនឡាញ តាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ ឬយកពាក្យស្នើសុំទៅដាក់នៅទីតាំងផ្ទាល់ សូមប្រាកដថាអ្នកបានបំពេញព័ត៌មានលើពាក្យស្នើសុំឱ្យបានច្រើនតាមដែលអ្នកអាចធ្វើបាន។ ការខ្វះព័ត៌មានអាចពន្យារពេលនៃដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក និងអាចបណ្តាលឱ្យមានការបដិសេធផ្តល់ជំនួយ។

### ត្រូវការជំនួយ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-844-412-0919** (TTY 711) ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 9:30 ព្រឹក ដល់ 3:30 រសៀល EST ។

អ្នកក៏អាចនិយាយជាមួយអ្នកគាំណាងផ្នែកសេវាសមាជិកនៅទីតាំង Kaiser Permanente ណាមួយផងដែរ។

**ឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល**

ការបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលគឺជាផ្នែកមួយសម្រាប់កំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ រួមទាំងឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកនឹងជួយក្នុងការបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវនៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការពិនិត្យ។ តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីឯកសារជាជម្រើសផ្សេងៗដែលត្រូវដាក់បញ្ជូនមកដោយយោងទៅតាមប្រភពប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។

ប្រភពប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ	ផ្តល់តែប្រភពចំណូលតែមួយគត់ក្នុងចំណោមប្រភពចំណូលខាងក្រោម
ប្រាក់ចំណូលពីអាជីវកម្ម/ការជួល	របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មី ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ឈ្នួលការងារ	ចុងសន្លឹកបើកប្រាក់ខែថ្មី របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មី ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ទទួលបានប្រាក់សោធននិវត្តន៍/ ការចូលនិវត្តន៍/ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ	ចុងសន្លឹកបើកប្រាក់ខែថ្មី របាយការណ៍ស្តីពីការទូទាត់ប្រាក់សោធននិវត្តន៍/ចូលនិវត្តន៍ របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មី ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ប្រាក់ចំណូលស្វ័យនិយោជន៍	ចុងសន្លឹកបើកប្រាក់ខែថ្មី របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មី ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
របបសន្តិសុខសង្គម/ប្រាក់ចំណូលបន្ថែម	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម របាយការណ៍របបសន្តិសុខសង្គម
អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ/ ប្រាក់ចំណូលពីការភាព	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ/ពីការភាព របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មី ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ប្រាក់ចំណូលអតីតយុទ្ធជន	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ VA របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មី ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ជំនួយរដ្ឋាភិបាល (ដូចជា Medicaid, TANF, SNAP, WIC ឬលំនៅឋានដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប)	លិខិតអនុញ្ញាតលើសិទ្ធិទទួលបាន
ចំណូលពីការប្រាក់ ឬភាគលាភ	លិខិតប្រកាសពន្ធថ្មី
បានទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធកូន	លិខិតបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែដែលទទួលបានសម្រាប់ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬអាហារកិច្ចកូន
គ្មានប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ	ការបញ្ជាក់/ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

**អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុកបន្ទាប់ពីអ្នកដាក់ពាក្យ**

បន្ទាប់ពីយើងពិនិត្យមើលពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងពីលទ្ធផល មួយក្នុងចំណោមលទ្ធផលខាងក្រោមក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបាន៖

- ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកទទួលបានការយល់ព្រម អ្នកនឹងទទួលបានលិខិត ជូនដំណឹងមួយអំពីរដ្ឋានហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកមិនពេញលេញទេ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយពន្យល់អំពី ព័ត៌មានដែលត្រូវការដើម្បីដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬយកមកដាក់ផ្ទាល់នូវព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ។ ព័ត៌មាននេះមានដូចជា លិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល ឬច្បាប់ចម្លងនៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងមួយ អំពីមូលហេតុដែលត្រូវបានបដិសេធ ដោយករណីនេះអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងចំពោះ ការសម្រេចរបស់យើងបាន។

**ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA)**

**ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ**

ឈ្មោះ:	លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ (មិនកម្រៃ)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (មិនកម្រៃ) <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គមទេ
អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ (ផ្លូវ)	

ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
តើបច្ចុប្បន្ននេះអ្នកជំងឺគ្មានផ្ទះសំបែងទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	លេខទូរសព្ទចម្បង <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទនៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទចល័ត <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត	

តើអ្នកជំងឺបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីជំនួយពីរដ្ឋ ដូចជាកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារខ្វះខាត (TANF) ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC) លំនៅឋានដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ឬ Medicaid ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ**

<p><b>ទំហំគ្រួសារ:</b> ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ (រួមទាំងអ្នក) ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ អាចមានដូចជា ប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូស្នេហាដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន កូន អ្នកមើលថែដែលមិនមែនជាឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិជាដើម។</p> <p><b>ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ (ប្រចាំខែ):</b> ប្រាក់ចំណូលសរុប (ប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ពន្ធ និងប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុន) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ ដែលមានអាយុលើសពី 18 ឆ្នាំ។</p> <p>សូមគូសដឹកលើប្រភេទប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលពីអាជីវកម្ម/ការជួល</li> <li><input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលរបបសន្តិសុខសង្គម/សន្តិសុខបន្ថែម</li> <li><input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ឈ្នួលការងារ</li> <li><input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ/ប្រាក់ចំណូលពីការភាព</li> <li><input type="checkbox"/> ចំណូលអត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន</li> <li><input type="checkbox"/> បានទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធកូន</li> <li><input type="checkbox"/> ចំណូលការប្រាក់ ឬភាគលាភ</li> <li><input type="checkbox"/> ទទួលបានប្រាក់សោធននិវត្តន៍ / ការចូលនិវត្តន៍ / ប្រាក់ចំណូលធនលាភប្រចាំឆ្នាំ</li> <li><input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលស្វ័យនិយោជន៍</li> <li><input type="checkbox"/> គ្មាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំរកចំណូល ឬទទួលបានប្រាក់ចំណូលក្នុងរយៈពេល 2 ខែកន្លងមកនេះទេ។</li> </ul>	
--	--

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ស្មើសូន្យ សូមគូសផឹកប្រអប់បញ្ជាក់ខាងលើ និងខាងក្រោម ផ្តល់ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីរបៀបដែលសមាជិកគ្រួសារពេញវ័យក្នុងគ្រួសារជួយខ្លួនឯងដោយគ្មានប្រាក់ចំណូល ដូចជា អាហារ ទីជម្រក សេវាសាធារណៈ និងតម្រូវការផ្សេងទៀត។

---



---



---

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

**ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព៖**

ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 12 ខែលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ដោយ Kaiser Permanente ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ អាចមានដូចជា ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនប្រាក់បញ្ញើ សហគមន៍រ៉ាប់រង ឬការទូទាត់ប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុនសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឱសថស្ថាន ឬធុញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

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

**សូមសរសេរបញ្ជូលសមាជិកទាំងអស់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។**

ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនង	# កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**គ្មានធានារ៉ាប់រង? Kaiser Permanente អាចជួយបាន។**

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពទេ យើងអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមផឹកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យ Kaiser Permanente ទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីពិភាក្សាអំពីជម្រើសរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-479-5764 (TTY 711)** ដើម្បីទទួលបានសម្រង់តម្លៃ។

បាទ/ចាស ទាក់ទងមកខ្ញុំ

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមានចែងខាងលើនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញគ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះគម្រោង Kaiser Foundation Health Plan និងមន្ទីរពេទ្យ (KFH/HP) សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងអស់ដែលជំពាក់គម្រោង Kaiser Foundation Health Plan និងមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ទំនិញ និងសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបាននៅក្រោមកម្មវិធី ("ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសល់")។

**សម្គាល់៖** នៅពេលដែលលិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលមិនត្រូវបានផ្តល់ជូន គម្រោង Kaiser Foundation Health Plan និងមន្ទីរពេទ្យ នឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពិនិត្យការងាររាយការណ៍ឥណទានអ្នកប្រើប្រាស់ និងប្រភពព័ត៌មានភាគីទីបីផ្សេងទៀត ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីវេជ្ជសាស្ត្រសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងឯកជន រួមទាំងកម្មវិធី MFA ផងដែរ។

តាមរយៈការដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំនេះ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ KFH/HP ដើម្បីស្នើសុំព័ត៌មានពិនិត្យការងាររាយការណ៍ឥណទានអ្នកប្រើប្រាស់ និងប្រភពព័ត៌មានភាគីទីបីផ្សេងទៀត ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ដែលចាត់ទុកថាចាំបាច់។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
----------	-------------

យើងនឹងខិតខំឱ្យអស់ពីកម្លាំងកាយចិត្តដើម្បីដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកភ្លាមៗ ហើយនៅពេលដែលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានពិនិត្យរួច អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយបញ្ជាក់ពីលទ្ធផល។



# សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា

**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.