

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 ໃບສັງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ 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 400% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

***ໝາຍເຫດ:** ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນຫຼາຍກວ່າ 400% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ/ຫຼື ທ່ານແມ່ນສະມາຊິກຂອງ Kaiser Permanente ທີ່ມີແຜນທີ່ຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນໃນລັດຄາລິຟໍເນຍ, ທ່ານຈະຕ້ອງບັນລຸໃຫ້ໄດ້ຕາມມາດຖານຂ້າງລຸ່ມນີ້.

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

400% ຂອງຄ່າແນະນຳກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ (FPG) ປະຈຳປີ 2022		
ຖ້າຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:	ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ຕ້ອງບໍ່ ເກີນ:	
	ລາຍເດືອນ	ລາຍປີ
1	\$4,530	\$54,360
2	\$6,103	\$73,240
3	\$7,677	\$92,120
4	\$9,250	\$111,000
5	\$10,823	\$129,880
6	\$12,397	\$148,760

ເຂົ້າຊົມ aspe.hhs.gov/poverty ເພື່ອຊອກຫາຄ່າແນະນຳສໍາລັບຄົວເຮືອນທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.

- ເນື່ອງຈາກວ່າໂຄງການ MFA ໃຫ້ລາງວັນທາງການເງິນພຽງຊົ່ວຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານໃນໄລຍະຍາວ. ຊຶ່ງອາດຈະປະກອບມີໂຄງການສຸຂະພາບຂອງລັດ ຫຼື ເອກະຊົນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ເຊັ່ນ: Medi-Cal ຫຼື ແຜນໃຫ້ເງິນອຸດໜູນທີ່ມີຢູ່ໃນຕະຫຼາດປະກັນສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໃນບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກບັນດາໂຄງການດັ່ງກ່າວ. ແຕ່ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກໂຄງການ MFA ໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈຈາກບັນດາໂຄງການອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້.




ມີຄໍາຖາມບໍ?

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍສໍາລັບໂຄງການ MFA ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການດັ່ງກ່າວຮັບຈ່າຍໃຫ້ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບໃດແດ່, ເຂົ້າຊົມ www.kp.org/mfa/ncal ຫຼື ໂທຫາ **1-800-390-3507** (TTY 711).

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ຫ້າໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ **1-800-479-5764** (TTY 711).

ວິທີສະໝັກ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມບັນດາເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 ທາງອອນລາຍ	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່ www.kp.org/mfa/ncal ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.
 ສົ່ງທາງໄປສະນີ	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598
 ສົ່ງແຟັກ	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ແຟັກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ 1-800-687-9901.
 ໄປສົ່ງເຖິງທີ່	<ul style="list-style-type: none"> ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. ໄປສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວທີ່ຫ້ອງການການເງິນຂອງຄົນເຈັບທີ່ສະຖານຂອງ Kaiser Permanente
 ໂທຫາພວກເຮົາ	<ul style="list-style-type: none"> ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-390-3507 (TTY 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ ເວລາມາດຕະຖານປາຊີຟິກ (Pacific Standard Time, PST). ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.

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. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງມືຖ້າທ່ານຢາກໃຫ້ Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອປຶກສາຫາລືເຖິງທາງເລືອກຕ່າງໆຂອງທ່ານ. ແມ່ນແລ້ວ, ຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງໃນຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນທຸກປະການ. 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.