

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA) របស់ Kaiser Permanente

HELP IN YOUR LANGUAGE

English: This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-813-2000** 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**1-800-813-2000** 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 **1-800-813-2000** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA) របស់ Kaiser Permanente

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព ឬបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានមាន ឬត្រូវបានកំណត់ពេលដើម្បីទទួលបានពី Kaiser Permanente កម្មវិធី កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (Medical Financial Assistance, MFA) របស់យើងប្រហែលជាអាចជួយអ្នកបាន។

របៀបដែលកម្មវិធីនេះដំណើរការ

- កម្មវិធីនេះផ្តល់ជូននូវ "រង្វាន់" ជាបណ្តោះអាសន្នដើម្បីជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិសមស្រប ដើម្បីឱ្យបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំដោយយោងទៅតាមតម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពួកគេ។
- កម្មវិធីនេះគឺដំណើរការសម្រាប់អ្នកជំងឺរបស់ Kaiser Permanente ទាំងអស់ មិនថាអ្នកជាសមាជិកឬអត់ទេ។
- ប្រសិនបើត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ កម្មវិធីនេះនឹងធានាទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែកលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា Kaiser Permanente ឬនៅតាមមន្ទីរ Kaiser Permanente សម្រាប់រយៈពេលជាក់លាក់។
- រង្វាន់នេះមិនអាចអនុវត្តបានចំពោះសេវាថែទាំសុខភាព ដែលផ្តល់ជូន និងចេញប្រាក់នៅក្រៅ Kaiser Permanente នោះទេ។

ធ្វើដូចម្តេចទើបមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់

ដើម្បីមានគ្រប់លក្ខណៈសម្បត្តិ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាម ក្រមលក្ខខណ្ឌមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដូចខាងក្រោម៖

1. ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នកគឺមិនលើសពី 400% នៃកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធទេ។

ប្រសិនបើទំហំគ្រួសាររបស់អ្នកមានចំនួន៖	គោលការណ៍ណែនាំកម្រិតភាពក្រីក្រសហព័ន្ធនាំ (FPG) 2023			
	រង្វាន់ 100% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ ដុលប្រចាំខែត្រឹមឬទាបជាង 200% នៃគោលការណ៍ណែនាំកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ	រង្វាន់ 75% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ ដុលប្រចាំខែរវាង 201% និង 300% នៃគោលការណ៍ណែនាំកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ	រង្វាន់ 50% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារ ដុលប្រចាំខែរវាង 301% និង 350% នៃគោលការណ៍ណែនាំកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ	រង្វាន់ 25% សម្រាប់ចំណូលគ្រួសារ ដុលប្រចាំខែរវាង 351% និង 400% នៃគោលការណ៍ណែនាំកម្រិតភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ
1	ដល់ទៅ \$2,430	\$2,431 ទៅ \$3,645	\$3,646 ទៅ \$4,253	\$4,254 ទៅ \$4,860
2	ដល់ទៅ \$3,287	\$3,288 ទៅ \$4,930	\$4,931 ទៅ \$5,752	\$5,753 ទៅ \$6,573
3	ដល់ទៅ \$4,143	\$4,144 ទៅ \$6,215	\$6,216 ទៅ \$7,251	\$7,252 ទៅ \$8,287
4	ដល់ទៅ \$5,000	\$5,001 ទៅ \$7,500	\$7,501 ទៅ \$8,750	\$8,751 ទៅ \$10,000
5	ដល់ទៅ \$5,857	\$5,858 ទៅ \$8,785	\$8,786 ទៅ \$10,249	\$10,250 ទៅ \$11,713
6	ដល់ទៅ \$6,713	\$6,714 ទៅ \$10,070	\$10,071 ទៅ \$11,748	\$11,749 ទៅ \$13,427

សូមចូលទៅគេហទំព័រ aspe.hhs.gov/poverty ដើម្បីរក គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់គ្រួសារផង។

ឬ

2. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ភាពអាសន្ន ឬការថែទាំចាំបាច់បន្ទាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំធ្មេញ និងថ្នាំ ក្នុងរយៈពេល 12 ខែ គឺស្មើ ឬច្រើនជាង 10% នៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នក។
 - ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរួមបញ្ចូលទាំងការជួយបង់ ការជួយធានារ៉ាប់រង និងការទូទាត់កាត់កងផ្សេងៗ។
 - ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅមិនរាប់បញ្ចូលការបង់ប្រាក់នានាសម្រាប់ផែនការសុខភាពរបស់អ្នកផ្ទាល់ទេ ដូចជាបុព្វលាភប្រចាំខែរបស់អ្នកជាដើម។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ អ្នកអាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់ពាក្យសុំ។

- ដោយសារកម្មវិធី MFA ផ្តល់ជូនតែការផ្តល់រង្វាន់ហិរញ្ញវត្ថុបណ្តោះអាសន្ន ដូច្នេះយើងអាចតម្រូវឱ្យអ្នកត្រូវដាក់ពាក្យសុំការធានារ៉ាប់រងដែលនឹងធានារ៉ាប់រងអ្នកក្នុងរយៈពេលវែង។ វាអាចរួមបញ្ចូលទាំងកម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈ ឬឯកជនផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបាន - ដូចជា Medicaid ឬផែនការឧបត្ថម្ភធនដែលមាននៅលើទីផ្សារធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- យើងអាចស្នើឱ្យអ្នកបង្ហាញយើងនូវភស្តុតាងដែលអ្នកបានដាក់ពាក្យសុំក្នុងកម្មវិធីទាំងនេះ ឬភស្តុតាងដែលអ្នកត្រូវបានយល់ព្រមឬបដិសេធ។ ប៉ុន្តែអ្នកនៅតែអាចទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុពីកម្មវិធី MFA ខណៈពេលរង់ចាំសេចក្តីសម្រេចពីកម្មវិធីទាំងនេះផ្សេងទៀត។

មានសំណួរមែនទេ?

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានកម្មវិធី MFA ឬ ដើម្បីដឹងអំពីសេវាថែទាំសុខភាពមួយណាដែលត្រូវបង់ប្រាក់ សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.kp.org/mfa/nw ហៅទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-813-2000 (TTY 711)**។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្នែកសុខភាព សូមហៅទូរស័ព្ទមកពួកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-479-5764 (TTY 711)**។

របៀបដាក់ពាក្យ

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនៃសិទ្ធិទទួលបាន អ្នកអាចដាក់ពាក្យតាមវិធីទាំងនេះបាន។

 តាមអ៊ិនធើណិត	• បំពេញសំណុំពាក្យសុំ MFA តាមអ៊ិនធើណិតនៅគេហទំព័រ www.kp.org/mfa/nw • ត្រូវត្រៀមខ្លួនដើម្បីផ្តល់នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានដាក់នៅលើពាក្យសុំ MFA នៅទំព័របន្ទាប់។
 ផ្ញើទូរសារ	• សូមបំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី MFA នៅលើទំព័រដូចខាងក្រោម។ • ផ្ញើទូរសារនូវពាក្យសុំដែលបានបំពេញចប់របស់អ្នកទៅ 1-877-829-3547។
 សូមផ្ញើជាសំបុត្រ	• សូមបំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី MFA នៅលើទំព័រដូចខាងក្រោម។ • ផ្ញើពាក្យសុំដែលបានបំពេញជូនទៅ៖ Kaiser Permanente MFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97236
 យកមកដាក់ផ្ទាល់	• សូមបំពេញពាក្យសុំកម្មវិធី MFA នៅលើទំព័រដូចខាងក្រោម។ • សូមយកសំបុត្ររបស់អ្នកដែលបានបំពេញរួចជាមួយនឹងបុគ្គលិកចុះឈ្មោះ (ការចុះឈ្មោះ) នៅឯអាគារ Kaiser Permanente ណាមួយ។ សម្រាប់ការមានសំណួរអំពី MFA សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកលេខ 1-503-813-2000។

សំខាន់៖ នៅពេលដាក់ពាក្យតាមអនឡាញ សំបុត្រ ឬទូរសារ ឬយកពាក្យសុំរបស់អ្នកមកដាក់ដោយផ្ទាល់

សូមប្រាកដថាអ្នកបំពេញពាក្យសុំឲ្យបានល្អតាមដែលអ្នកអាចធ្វើបាន។

ព័ត៌មានណាដែលគ្មានអាចពន្យារពេលដំណើរការនៃការដាក់ពាក្យបាន។

អ្វីដែលត្រូវពិនិត្យទុកបន្ទាប់ពីអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

បន្ទាប់ពីយើងពិនិត្យមើលពាក្យសុំដែលបានបំពេញចប់របស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងលទ្ធផលមួយដូចខាងក្រោម ក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃពីថ្ងៃទទួលបានពាក្យសុំ៖

- ប្រសិនបើពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានយល់ព្រម អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយដែលជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពាក្យសុំរបស់អ្នកមិនពេញលេញទេនោះ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់អំពីព័ត៌មានដែលត្រូវការ ដើម្បីដំណើរការពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចផ្ញើជាសំបុត្រ ឬមកទម្លាក់ឯកសារដោយផ្ទាល់ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានតាមការស្នើសុំ។ នេះអាចរួមមានទាំងភស្តុតាងប្រាក់ចំណូល ឬច្បាប់ចម្លងនៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពាក្យសុំរបស់អ្នកត្រូវបានគេបដិសេធ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ដែលជូនដំណឹងដល់អ្នកថា ហេតុអ្វីបានជាគេបដិសេធ។ ហើយក្នុងករណីនោះអ្នកអាចធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

ត្រូវការជំនួយ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ របស់អ្នក ឬត្រូវការពិនិត្យមើលស្ថានភាពនៃការដាក់ពាក្យរបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅ

1-800-813-2000 (TTY 711) ថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច PST។

ពាក្យសុំកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA)

ឈ្មោះ: _____ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ #: _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: ____/____/____ លេខទាក់ទង: (____) _____ លេខសន្តិសុខសង្គម (SSN): ____ - ____ - ____

អាសយដ្ឋាន: _____

ទីក្រុង: _____ រដ្ឋ: _____ ហ្សឺបកូដ: _____

ទំហំគ្រួសារ: ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ (រួមទាំងអ្នក) ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ របស់អ្នក។ អាចរាប់បញ្ចូលទាំងប្តី/ប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងផ្ទះដែលមានសិទ្ធិ កូនៗ ញាតិសន្តានអ្នកថែទាំ ដែលមិនមែនជាជំពូកម្តាយ ។ល។

ចំណូលគ្រួសារ (ប្រចាំខែ): ប្រាក់ចំណូលសរុបសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសារ។ សូមគូសប្រភេទប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖

- ☐ ប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ឈ្នួលការងារ
- ☐ ប្រាក់ចំណូលពាណិជ្ជកម្ម/អចលនទ្រព្យជួល
- ☐ អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកគ្មានការងារធ្វើ/ ប្រាក់ចំណូលពីការភាព
- ☐ ប្រាក់អាហារកិច្ច/ការឧបត្ថម្ភកូន
- ☐ ប្រាក់សោធននិវត្តន៍ ឬប្រាក់ចូលនិវត្តន៍/ ប្រាក់បំណាច់ឆ្នាំ
- ☐ ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គម/ផ្នែកសន្តិសុខបន្ថែម/អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកអតីតយុទ្ធជន

\$ _____

ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព: ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបមានលើសពីរយៈពេល 12 ខែសម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានផ្តល់ដោយ Kaiser Permanente ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ អាចរាប់បញ្ចូលទាំងប្រាក់ជួយបង់ ប្រាក់បញ្ញើការសហការផ្តល់ធនាប្រាក់ ឬការទូទាត់ដែលអាចកាត់កងបានសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឱសថស្ថាន ឬសេវាផ្សេងៗដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

\$ _____

សូមរាយនាមសមាជិកទាំងអស់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលដាក់ពាក្យសម្រាប់កម្មវិធីនេះ។

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនង	លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

មិនមានការធានារ៉ាប់រង? Kaiser Permanente អាចជួយបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រង

ការថែទាំសុខភាពទេ យើងអាចជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីជម្រើសរបស់អ្នកបាន។ សូមគូសក្នុងប្រអប់នេះ៖

ប្រសិនបើអ្នក ចង់ឱ្យ Kaiser Permanente ទាក់ទងអ្នកដើម្បីពិភាក្សាអំពីជម្រើសរបស់អ្នក។

ឬអ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ **1-800-479-5764 (TTY 711)** ដើម្បីទទួលបានសម្រង់តម្លៃ។

☐ បាទ/ចាស សូមទាក់ទងខ្ញុំ

ខ្ញុំសូមប្រកាសដោយសម្បថថា រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលមានចែងខាងលើនៅក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺជាព័ត៌មានពិត និងត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញទាំងស្រុង។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ និងយល់ព្រមផងដែរថា ខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវចំពោះផែនការសុខភាពមូលនិធិ Kaiser Foundation Health Plans and Hospitals សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងអស់ដែលដាក់ Kaiser Foundation Health Plans and Hospitals និងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ផលិតផល និងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិនៅក្រោមកម្មវិធីនេះ ("ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសេសសល់")។

ហត្ថលេខា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

ចំណាំ: Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals រក្សាសិទ្ធិប្រើព័ត៌មានពីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ឥណទានអ្នកប្រើប្រាស់

និងប្រភពព័ត៌មានភាគីទីបីផ្សេងទៀតដើម្បីកំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធីវេជ្ជសាស្ត្រ សហព័ន្ធ រដ្ឋ និងឯកជន រួមទាំងកម្មវិធី MFA។