

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 **1-800-813-2000** 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.

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA) ຂອງ Kaiser Permanente

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ໃບສັງຍາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ຫຼື ມີກຳນົດ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບຈາກ Kaiser Permanente, ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (Medical Financial Assistance, MFA) ຂອງພວກເຮົາອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ວິທີເຮັດວຽກຂອງໂຄງການດັ່ງກ່າວ

- ໂຄງການມີ “ລາງວັນ” ຊຶ່ງຄາດເພື່ອຊ່ວຍຜູ້ສະໝັກທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ຈ່າຍຄ່າດູແລ ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການທາງການເງິນ ຂອງພວກເຂົາ.
- ມັນສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າໄດ້ຮັບລາງວັນ, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ຈ່າເປັນທາງການແພດຈາກບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ບັນດາສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້.
- ລາງວັນດັ່ງກ່າວບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ກັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ຮຽກເກັບຢູ່ນອກຂອງ Kaiser Permanente .

ວິທີເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ

ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ບັນລຸໜຶ່ງໃນເງື່ອນໄຂຕໍ່ໄປນີ້:

1. ລາຍຮັບລວມຍອດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານບໍ່ເກີນ 400% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຄ່າແນະນຳກ່ຽວກັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ, (FPG) 2023				
ຖ້າຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:	ໄດ້ຮັບ 100% ຂອງລາຍໄດ້ລວມປະຈຳປີຂອງຄົວເຮືອນທີ່ຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕ່າງກວ່າ 200% ຂອງ FPG	ໄດ້ຮັບ 75% ຂອງລາຍໄດ້ລວມປະຈຳປີຂອງຄົວເຮືອນທີ່ຢູ່ລະຫວ່າງ 201% ເຖິງ 300% ຂອງ FPG	ໄດ້ຮັບ 50% ຂອງລາຍໄດ້ລວມປະຈຳປີຂອງຄົວເຮືອນທີ່ຢູ່ລະຫວ່າງ 301% ເຖິງ 350% ຂອງ FPG	ໄດ້ຮັບ 25% ຂອງລາຍໄດ້ປະຈຳປີຂອງຄົວເຮືອນທີ່ຢູ່ລະຫວ່າງ 351% ເຖິງ 400% ຂອງ FPG
1	ສູງສຸດ \$2,430	\$2,431 ຫາ \$3,645	\$3,646 ຫາ \$4,253	\$4,254 ຫາ \$4,860
2	ສູງສຸດ \$3,287	\$3,288 ຫາ \$4,930	\$4,931 ຫາ \$5,752	\$5,753 ຫາ \$6,573
3	ສູງສຸດ \$4,143	\$4,144 ຫາ \$6,215	\$6,216 ຫາ \$7,251	\$7,252 ຫາ \$8,287
4	ສູງສຸດ \$5,000	\$5,001 ຫາ \$7,500	\$7,501 ຫາ \$8,750	\$8,751 ຫາ \$10,000
5	ສູງສຸດ \$5,857	\$5,858 ຫາ \$8,785	\$8,786 ຫາ \$10,249	\$10,250 ຫາ \$11,713
6	ສູງສຸດ \$6,713	\$6,714 ຫາ \$10,070	\$10,071 ຫາ \$11,748	\$11,749 ຫາ \$13,427

ເຂົ້າຊົມ aspe.hhs.gov/poverty ເພື່ອຊອກຫາ ຄ່າແນະນຳສໍາລັບຄົວເຮືອນທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ.

ຫຼື

2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຈັກຈາກຖົງຂອງຕົນ ສໍາລັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈ່າເປັນທາງການແພດ, ການປິ່ນປົວແຂ້ວ ແລະ ຍາກົນ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດຂອງທ່ານ.

- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈັກຈາກຖົງຂອງຕົນລວມມີ ການຮ່ວມຈ່າຍ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນ.
- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈັກຈາກຖົງຂອງຕົນບໍ່ໄດ້ລວມເອົາທຸກການຈ່າຍເງິນ ສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບ້ຍປະກັນປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.

- ເນື່ອງຈາກວ່າໂຄງການ MFA ໃຫ້ລາງວັນທາງການເງິນພຽງຊ່ວຍເຫຼືອເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານໃນໄລຍະຍາວ. ຊຶ່ງອາດຈະປະກອບມີໂຄງການສຸຂະພາບຂອງລັດ ຫຼື ເອກະຊົນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ເຊັ່ນ: Medicaid ຫຼື ແຜນໃຫ້ເງິນອຸດໜູນທີ່ມີຢູ່ໃນຕະຫຼາດປະກັນສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໃນບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກບັນດາໂຄງການດັ່ງກ່າວ. ແຕ່ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກໂຄງການ MFA ໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈຈາກບັນດາໂຄງການອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້.

ມີຄໍາຖາມບໍ?

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍສໍາລັບໂຄງການ MFA ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການດັ່ງກ່າວຮັບຈ່າຍໃຫ້ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບໃດແດ່, ເຂົ້າຊົມ www.kp.org/mfa/nw ຫຼື ໂທຫາ 1-800-813-2000 (TTY 711).

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ຫາໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ 1-800-479-5764 (TTY 711).

ວິທີສະໝັກ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມບັນດາເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 ທາງອອນລາຍ	- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່ www.kp.org/mfa/nw - ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ
 ສົ່ງແຟັກ	- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. - ແຟັກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນສົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ 1-877-829-3547.
 ສົ່ງທາງໄປສະນີ	- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. - ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນສົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່: Kaiser Permanente MFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232
 ໄປສົ່ງເຖິງທີ່	- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. - ໄປສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນສົບຖ້ວນແລ້ວກັບພະນັກງານວິຊາການ (ເຊັກອິນ) ທີ່ສະຖານບໍລິການຂອງ Kaiser Permanente. ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ MFA, ກະລຸນາໂທຫາ Member Services (ໜ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ່ 1-503-813-2000.

ສິ່ງສໍາຄັນ: ເມື່ອສະອອນໄວໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕື່ມໄດ້. ການຂາດຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງອາດຈະເຮັດໃຫ້ຂັ້ນຕອນການສະໝັກມີຄວາມຊັກຊ້າ.

ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໝັກ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາກວດເບິ່ງຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນສົບຖ້ວນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບຜົນໄດ້ຮັບດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ພາຍໃນສາມສິບ 30 ວັນຂອງການໄດ້ຮັບ:

- ຖ້າໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບລາງວັນທາງການເງິນຂອງທ່ານ.
- ຖ້າໃບສະໝັກຂອງທ່ານບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍທີ່ອະທິບາຍຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອປະມວນຜົນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສົ່ງອີເມວ ຫຼື ການສົ່ງຂໍ້ມູນດ້ວຍຕົນເອງ; ອັນນີ້ອາດລວມເຖິງຫຼັກຖານລາຍໄດ້ ຫຼື ສໍາເນົາຄໍາໃຊ້ຈ່າຍອອກຈາກກະເປົ້າເງິນຂອງທ່ານ.
- ຖ້າຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າເປັນຫຍັງມັນຈຶ່ງຖືກປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່?

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ ຫຼື ຕ້ອງການກວດສອບສະຖານະພາບຂອງຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ

1-800-813-2000 (TTY 711), ວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຮອດ 5:00 ໂມງແລງ PST.

ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກເຂົ້າໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA)

ຊື່: _____ ປະຫວັດການປິ່ນປົວ # _____
ວັນເດືອນປີເກີດ: ____/____/____ ຜູ້ຕິດຕໍ່ #: (____) _____ ເລກທີປະກັນສັງຄົມ (SSN) _____-____-____
ທີ່ຢູ່: _____
ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໂປສະນີ: _____

ຂະໜາດຂອງຄົວເຮືອນ: ຈຳນວນສະມາຊິກຄອບຄົວ (ລວມທັງທ່ານ) ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຂອງທ່ານ. ອາດລວມມີຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ກິນຢູ່ຮ່ວມກັນ, ລູກ, ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລ ທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່ ທີ່ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ ແລະ ອື່ນໆ.

ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນ (ລາຍເດືອນ): ລາຍໄດ້ລວມຍອດທັງໝົດສໍາລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນ. ໝາຍເອົາທຸກປະເພດລາຍໄດ້ທີ່ນຳໃຊ້:

☐ ລາຍໄດ້/ຄ່າຈ້າງຈາກການອອກແຮງງານ
☐ ລາຍໄດ້ຈາກທຸລະກິດ/ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ
☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ລາຍໄດ້ຄົນພິການ

☐ ເງິນຄ່າລ້ຽງດູ/ຄ່າລ້ຽງດູລູກ
☐ ເງິນບໍານານ ຫຼື ເຂົ້າກະສຽນ/ເງິນລາຍປີ
☐ ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມ/ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມເສີມ/ເງິນສົ່ງເຄາະນັກຮົບເກົ່າ

\$ _____

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບ: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈັກຈາກຖົງຕົນເອງທັງໝົດ ທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນສໍາລັບການບໍລິການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈ່າຍບັນທຶກການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະລວມມີການຮ່ວມຈ່າຍ, ເງິນມັດຈ່າ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບື້ອງປະກັນ ສໍາລັບການມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວພະຍາດ, ຮ້ານຂາຍຍາ ຫຼື ການປິ່ນປົວແຂ້ວ.

\$ _____

ກະຊວງລະບຸຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໜັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ.

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນ	ປະຫວັດການປິ່ນປົວ #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

ບໍ່ມີປະກັນໄພແມ່ນບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຕ່າງໆຂອງທ່ານໄດ້. ໝາຍໃສ່ຫ້ຮູ້ວ່າຖ້າທ່ານຍາກໃຫ້ Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອສົນທະນາທາງເລືອກຂອງທ່ານ ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາພວກເຮົາທີ່ບໍລິສັດ **1-800-479-5764 (TTY 711)** ເພື່ອຂໍໃບສະເໜີລາຄາ.

☐ ໃຢ່, ຕິດຕໍ່ຕໍ່ໜ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງໃນຄໍາຮ້ອງຂໍສະໜັກເຂົ້າຮ່ວມແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, 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 ສະຫງວນສິດໃນການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານການລາຍງານເຄື່ອງໝາຍຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຕ່າງໆຂອງບຸກຄົນທີ່ສາມອື່ນໆ ເພື່ອກຳນົດການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມບັນດາໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ຂອງລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.