

## ໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (Medical Financial Assistance)

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ໃບສັ່ງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ ຫຼື ມີກຳນົດທີ່ຈະໄດ້ຮັບ ຈາກ Kaiser Permanente, ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (MFA) ຂອງພວກເຮົາ ອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ໂດຍການຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍໃຫ້ສໍາເລັດ ແລະສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍນັ້ນໄປ, ລວມທັງຂໍ້ມູນລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

### ຫຼັກການເຮັດວຽກຂອງໂຄງການ

- ໂຄງການໃຫ້ “ເງິນລາງວັນ” ຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍທີ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນຈ່າຍຄ່າການເບິ່ງແຍງດູແລ ໂດຍອີງຕາມຄວາມຕ້ອງການທາງດ້ານການເງິນຂອງພວກກ່ຽວ.
- ໂຄງການນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ແກ່ບັນດາຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ໝົດທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່ ກໍຕາມ.
- ຖ້າໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸກເສີນ/ຮີບດ່ວນ ຫຼື ທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ສະຖານພະຍາບານຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້.
- ເງິນລາງວັນດັ່ງກ່າວບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ກັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ຮຽກເກັບເງິນຢູ່ນອກສະຖານພະຍາບານຂອງ Kaiser Permanente.

### ວິທີການເຮັດໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ

ເພື່ອໃຫ້ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຕ້ອງບັນລຸໃຫ້ໄດ້ ໜຶ່ງ ໃນບັນດາບັນທັດຖານຕໍ່ໄປນີ້:

1. ລາຍຮັບລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ (ລາຍຮັບກ່ອນພາສີ ແລະ ການຫັກລົບ) ແມ່ນ 400% ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ ຂອງ ລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຫຼື

2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈົກຈາກຖົງຂອງທ່ານ ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸກເສີນ ຫຼື ທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ, ການເບິ່ງແຍງດູແລແຂ້ວ ແລະ ຢາປົວພະຍາດ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ ແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍຮັບລວມຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈົກຈາກຖົງ ປະກອບມີດ້ວຍ ການຈ່າຍຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ, ຄ່າປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ຈໍານວນທີ່ເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນທໍາອິດ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈົກຈາກຖົງ ບໍ່ລວມເອົາການຈ່າຍເງິນໃດໆ ສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບ້ຍປະກັນລາຍເດືອນຂອງທ່ານ.

**ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດທະບານກາງ (FPG) ປະຈຳປີ 2024**

ຖ້າຂະໜາດຄົວເຮືອນ/ ຄອບຄົວຂອງທ່ານແມ່ນ:	ຈະໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ 100% ສຳລັບ ລາຍຮັບລວມຍອດປະ ຈຳເດືອນ ຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າ 200% ຂອງ FPG	ຈະໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ 75% ສຳລັບ ລາຍຮັບລວມຍອດປະ ຈຳເດືອນ ຢູ່ລະຫວ່າງ 201% ຫາ 300% ຂອງ FPG	ຈະໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ 50% ສຳລັບ ລາຍຮັບລວມຍອດປະ ຈຳເດືອນ ຢູ່ລະຫວ່າງ 301% ຫາ 350% ຂອງ FPG	ຈະໄດ້ຮັບເງິນລາງວັນ 25% ສຳລັບ ລາຍຮັບລວມຍອດປະ ຈຳເດືອນ ຢູ່ລະຫວ່າງ 351% ຫາ 400% ຂອງ FPG
	1	ສູງເຖິງ \$2,510	\$2,511 ຫາ \$3,765	\$3,766 ຫາ \$4,393
2	ສູງເຖິງ \$3,407	\$3,408 ຫາ \$5,110	\$5,111 ຫາ \$5,962	\$5,963 ຫາ \$6,813
3	ສູງເຖິງ \$4,303	\$4,304 ຫາ \$6,455	\$6,456 ຫາ \$7,531	\$7,532 ຫາ \$8,607
4	ສູງເຖິງ \$5,200	\$5,201 ຫາ \$7,800	\$7,801 ຫາ \$9,100	\$9,101 ຫາ \$10,400
5	ສູງເຖິງ \$6,097	\$6,098 ຫາ \$9,145	\$9,146 ຫາ \$10,669	\$10,670 ຫາ \$12,193
6	ສູງເຖິງ \$6,993	\$6,994 ຫາ \$10,490	\$10,491 ຫາ \$12,238	\$12,239 ຫາ \$13,987

ເຂົ້າເບິ່ງ [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) ເພື່ອຊອກຫາຄຳແນະນຳສຳລັບຄົວເຮືອນທີ່ມີຂະໜາດໃຫຍ່ຂຶ້ນ.

**ມີຄຳຖາມບໍ?**



ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໂຄງການ MFA ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການນີ້ຊ່ວຍຈ່າຍໃຫ້ແກ່ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບປະເພດໃດແດດ, ໃຫ້ເຂົ້າເບິ່ງ [kp.org/mfa/nw](https://kp.org/mfa/nw), ໂທຫາ **1-800-813-2000**, (TTY **711**) ຫຼື ສະແກນລະຫັດນີ້.



ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບທາງເລືອກໃນການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, ໂທຫາພວກເຮົາ ທີ່ **1-800-479-5764** (TTY **711**).

## ວິທີການສະໝັກຂໍ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໝັກຂໍໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 <p>ທາງອອນລາຍ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ທາງອອນລາຍໃຫ້ສຳເລັດ ທີ່ <a href="http://kp.org/mfa/nw">kp.org/mfa/nw</a></li> <li>ກຽມພ້ອມໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນຄຳຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.</li> </ul>
 <p>ທາງແຟັກ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ.</li> <li>ແຟັກໃບຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປທີ່ເບີ <b>1-877-829-3547</b>.</li> </ul>
 <p>ທາງໄປສະນີ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ.</li> <li>ສົ່ງແຟັກໃບຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປຍັງ: 500 NE Multnomah St. Portland, OR 97232</li> </ul>
 <p>ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວເອງ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄຳຮ້ອງຂໍໂຄງການ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ.</li> <li>ນຳໃບຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ແລ້ວຂອງທ່ານໄປສົ່ງໃຫ້ພະນັກງານລົງທະບຽນ (ເຊັກອິນ) ຢູ່ສະຖານພະຍາບານຂອງ Kaiser Permanente ແຫ່ງໃດກໍໄດ້. ສຳລັບຄຳຖາມກ່ຽວກັບ MFA, ກະລຸນາໂທຫາ ໜ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກ ທີ່ <b>503-813-2000</b>.</li> </ul>

**ສິ່ງສຳຄັນ:** ໃນເວລາສະໝັກຂໍທາງອອນລາຍ, ທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ ຫຼື ນຳໃບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄປສົ່ງດ້ວຍຕົວເອງ, ກະລຸນາຢ່າລົມຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້. ຖ້າມີຂໍ້ມູນບໍ່ຄົບ ອາດເຮັດໃຫ້ການພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານມີຄວາມລ້າຊ້າ ແລະ ສາມາດສົ່ງຜົນໃຫ້ມີການປະຕິເສດບໍ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ.

## ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ?

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-813-2000 (TTY 711)**, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8:30 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ ຕາມເວລາ PST. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານກໍຍັງສາມາດລົມກັບພະນັກງານປະຈຳໜ່ວຍບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ສະຖານທີ່ຂອງ Kaiser Permanente ແຫ່ງໃດກໍໄດ້.

### ເອກະສານຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ

ການຢັ້ງຢືນລາຍຮັບແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ.

ການປະກອບເອກະສານຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບໄປພ້ອມກັບໃບຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ຕົ້ນຂໍ້ມູນສຳເລັດແລ້ວຂອງທ່ານ

ຈະຊ່ວຍໃນການຢືນຢັນຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງລາຍຮັບຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງຂະບວນການພິຈາລະນາໄດ້.

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ລະບຸລາຍການເອກະສານທາງເລືອກທີ່ຈະສົ່ງ ໂດຍອີງຕາມແຫຼ່ງລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.

ແຫຼ່ງລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ	ໃຫ້ພຽງແຕ່ໜຶ່ງລາຍການຕໍ່ໄປນີ້ຕໍ່ແຫຼ່ງລາຍຮັບ
ລາຍຮັບຈາກທຸລະກິດ/ການໃຫ້ເຊົ່າ	W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ/ຄ່າຈ້າງ	ໃບຮັບເງິນສະບັບຫຼ້າສຸດ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ໄດ້ຮັບເງິນບໍານານ/ເບ້ຍບໍານານ/ເງິນປະຈຳປີ	ໃບຮັບເງິນສະບັບຫຼ້າສຸດ ໃບແຈ້ງການເບີກຈ່າຍເງິນບໍານານ/ເບ້ຍບໍານານ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ	ໃບຮັບເງິນສະບັບຫຼ້າສຸດ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ລາຍຮັບຈາກປະກັນສັງຄົມ/ການປະກັນເພີ່ນເຕີມ	ຈົດໝາຍຢັ້ງຢືນເງິນຜົນປະໂຫຍດຈາກອົງການປະກັນສັງຄົມ ໃບແຈ້ງຈາກປະກັນສັງຄົມ
ລາຍຮັບຈາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ການພິການ	ຈົດໝາຍຢັ້ງຢືນເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ການພິການ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ລາຍຮັບຈາກເງິນສະຫວັດດິການນັກຮົບເກົ່າ	ຈົດໝາຍຢັ້ງຢືນເງິນສະຫວັດດິການນັກຮົບເກົ່າ W-2s, ໃບແຈ້ງ 1099 ຫຼື ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານ (ເຊັ່ນ: Medicaid, TANF, SNAP, WIC ຫຼື ທີ່ຢູ່ອາໄສສຳລັບຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ)	ໜັງສືອະນຸມັດການມີສິດໄດ້ຮັບ
ລາຍຮັບຈາກດອກເບ້ຍ ຫຼື ເງິນປັນຜົນ	ເອກະສານການຄົນພາສີສະບັບຫຼ້າສຸດ
ເງິນຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສິນລິດ/ລູກທີ່ໄດ້ຮັບ	ໜັງສືທີ່ສະແດງລາຍຮັບລວມຍອດປະຈຳເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບ ສຳລັບຄ່າລ້ຽງດູລູກ ຫຼື ຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສິນລິດ
ບໍ່ມີລາຍຮັບຄົວເຮືອນ	ຄຳຢັ້ງຢືນ/ຄຳອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນ

## ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງ ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໝັກຂໍ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາຄົ້ນຄ້ວາພິຈາລະນາໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເຖິງຜົນໄດ້ຮັບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ພາຍໃນສາມສິບ (30) ວັນ ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບ:

- ຖ້າໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບເງິນລາງວັນຂອງທ່ານ.
- ຖ້າໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍທີ່ອະທິບາຍເຖິງຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນໃນການຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສົ່ງຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍໄດ້ທາງອີເມວ ຫຼື ໄປສິ່ງດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ; ຂໍ້ມູນນີ້ອາດປະກອບດ້ວຍຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບ ຫຼື ສໍາເນົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈັກຈາກຖົງຂອງທ່ານ.
- ຖ້າໃບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເຖິງເຫດຜົນໃນການປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້ ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

**ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ (Medical Financial Assistance, MFA)**
**ພາກທີ 1: ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ**

ຊື່	ໝາຍເລກບັນທຶກທາງການແພດ (ບໍ່ໃສ່ກໍໄດ້)
-----	-------------------------------------

ວັນເດືອນປີເກີດ	ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ (ບໍ່ໃສ່ກໍໄດ້) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ</span>
----------------	--

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ (ຖະໜົນ)
----------------------

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ
-------	-----	-------------

ປັດຈຸບັນຄົນເຈັບບໍ່ມີເຮືອນຢູ່ອາໄສແມ່ນບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່	ເປີໄທລະສັບຫຼັກ <input type="checkbox"/> ບ້ານ <input type="checkbox"/> ມີຖື <input type="checkbox"/> ວຽກ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ
---	---

ຄົນເຈັບໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດ ເຊັ່ນ: ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໄພຊະນາການເສີນ (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ການຊ່ວຍເຫຼືອຊົ່ວຄາວສໍາລັບຄອບຄົວທຸກຍາກ (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), ແມ່ຍິງ, ເດັກທາລິກ ແລະ ເດັກນ້ອຍ (Women, Infants & Children, WIC), ທີ່ຢູ່ອາໄສສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ ຫຼື Medicaid ບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່

**ພາກທີ 2: ຂໍ້ມູນຄົວເຮືອນ**

**ຂະໜາດຄົວເຮືອນ:** ຈໍານວນສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ (ລວມທັງທ່ານ) ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ. ສາມາດຈະປະກອບດ້ວຍຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຮັກ, ເດັກ, ຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງ ແລະ ອື່ນໆ ທີ່ມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ.

**ລາຍຮັບຂອງຄົວເຮືອນ (ລາຍເດືອນ):** ລາຍຮັບລວມທັງໝົດ (ລາຍຮັບກ່ອນຫັກພາສີ ແລະ ການຫັກລົບ) ສໍາລັບສະມາຊິກຄົວເຮືອນທັງໝົດທີ່ມີອາຍຸເກີນ 18 ປີ. ໝາຍທຸກປະເພດລາຍຮັບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ:

<input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກທຸລະກິດ/ການໃຫ້ເຊົ່າ <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກການເຮັດວຽກ/ຄ່າຈ້າງ <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກເງິນສະຫວັດດິການນັກຮີບເກົ່າ <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກດອກເບ້ຍ ຫຼື ເງິນປັນຜົນ <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກການເຮັດທຸລະກິດສ່ວນຕົວ	<input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກປະກັນສັງຄົມ/ການປະກັນເພີ່ນເຕີມ <input type="checkbox"/> ລາຍຮັບຈາກເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ການພິການ <input type="checkbox"/> ເງິນຄ່າລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ/ລູກທີ່ໄດ້ຮັບ <input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບເງິນບໍານານ/ເບ້ຍບໍານານ/ເງິນປະຈໍາປີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີໃຜໃນຄົວເຮືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີລາຍໄດ້ ຫຼື ໄດ້ຮັບລາຍຮັບໃນ 2 ເດືອນຜ່ານມາ
--	--

ຖ້າລາຍໄດ້ລວມຍອດປະຈຳປີສຳລັບສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນທັງໝົດແມ່ນສູນ, ໃຫ້ໝາຍໃສ່ກ່ອງ ຄຳຢັ້ງຢືນ ຂ້າງເທິງ ແລະ ຂ້າງລຸ່ມນີ້,

ໃຫ້ຄຳອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບວິທີການລ້ຽງດູຕົວທ່ານໂດຍບໍ່ມີລາຍໄດ້ ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ເປັນຜູ້ໃຫຍ່ໃນຄົວເຮືອນ ເຊັ່ນ: ອາຫານ, ທີ່ພັກອາໄສ, ສາທາລະນຸປະໂພກ ແລະ ສິ່ງຈຳເປັນອື່ນໆ.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ:** ຄາດຄະເນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈິກຈາກຖົງທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ ສຳລັບການບໍລິການສຸກເສີນ ຫຼື ທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະປະກອບດ້ວຍ ການຈ່າຍຄ່າຈ່າຍຮ່ວມ, ເງິນມັດຈຳ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນທຳອິດ ສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ຫັນຕະກຳທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ.

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

**ກະລຸນາລະບຸລາຍຊື່ສະມາຊິກທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນທາງການແພດ.**

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນ	ໝາຍເລກບັນທຶກທາງການແພດ #
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**ບໍ່ມີປະກັນໄພບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້.** ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈເຖິງທາງເລືອກຂອງທ່ານໄດ້. ໝາຍກ່ອງນີ້ ຖ້າທ່ານຢາກໃຫ້ Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານ ເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບທາງເລືອກຂອງທ່ານ ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ **1-800-479-5764 (TTY 711)** ເພື່ອຂໍໃບສະເໜີລາຄາ.

ແມ່ນ, ຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໃຫ້ໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້ໃນຄໍາຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້ແມ່ນມີຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ສົມບູນຄົບຖ້ວນໃນທຸກດ້ານ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າກໍຍັງຮັບຮູ້ ແລະ ຍອມຮັບອີກດ້ວຍວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່

Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) ອີກດ້ວຍ ສໍາລັບຈໍານວນເງິນທັງໝົດທີ່ຕິດໜີ້

Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ສໍາລັບສິນຄ້າ ແລະ

ການບໍລິການທາງການແພດທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ໂຄງການ (“ຈໍານວນເງິນທີ່ຍິ່ງເຫຼືອ”).

**ໝາຍເຫດ:** ເມື່ອບໍ່ໄດ້ສະໝອງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍຮັບໃຫ້, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals

ຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກບັນດາໜ່ວຍງານລາຍງານເຄຣດິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ

ເພື່ອກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.

ການສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ການອະນຸຍາດແກ່ KFH/HP

ເພື່ອຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນຈາກບັນດາໜ່ວຍງານລາຍງານເຄຣດິດຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຈາກບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ

ເພື່ອກວດສອບຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ໄດ້ໃຫ້ໄວ້ຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້ ທີ່ເຫັນວ່າມີຄວາມຈໍາເປັນ.

ລາຍເຊັນ	ວັນທີ
---------	-------

ພວກເຮົາຈະສູນທຸກຄວາມພະຍາຍາມທີ່ສົມເຫດສົມຜົນໃນການຄົ້ນຄວ້າພິຈາລະນາຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໃນທັນທີ ແລະ

ເມື່ອຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການກວດສອບແລ້ວ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍຢືນຢັນຜົນໄດ້ຮັບ.



# 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.

**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.