KAISER PERMANENTE®

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 linguística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

KAISER PERMANENTE®

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA) ຂອງ Kaiser Permanente

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ໃບສັ່ງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ຫຼື ມີກຳນົດ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບຈາກ Kaiser Permanente, ໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (Medical Financial Assistance, MFA) ຂອງພວກເຮົາອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ວິທີເຮັດວຽກຂອງໂຄງການດັ່ງກ່າວ

- ໂຄງການມີ "ລາງວັນ" ຊົ່ວຄາວເພື່ອຊ່ວຍຜູ້ສະໝັກທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ຈ່າຍຄ່າດູແລ ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການທາງການເງິນ ຂອງພວກເຂົາ.
- ມັນສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼືບໍ່.
- 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 ທີ່ມີແຜນທີ່ຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນໃນລັດຄາລີຟໍເນຍ, ທ່ານຈະຕ້ອງບັນລຸໃຫ້ໄດ້ຕາມມາດຖານຂ້າງລຸ່ມນີ້.

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

400% ຂອງຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ (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** ເພື່ອຊອກຫາຄຳແນະນຳສຳລັບຄົວເຮືອນທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ.

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/scal** ຫຼື ໂທຫາ **1-800-390-3507** (TTY **711**).

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

KAISER PERMANENTE®

ວິທີສະໝັກ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມບັນດາເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

ທາງອອນລາຍ	• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່ www.kp.org/mfa/scal • ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.
ໂທຫາພວກເຮົາ	• 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.
ສົ່ງແຟັກ	• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. • ແຟັກໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ **1-866-519-1693.**
ສົ່ງທາງໄປສະນີ	• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. • ສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
ໄປສົ່ງເຖິງທີ່	• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. • ໄປສົ່ງໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວທີ່ພະແນກຮັບຄົນເຈັບຂອງໂຮງໝໍ Kaiser Permanente ປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
ເຂົ້າພົບ ທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນ	• ເຂົ້າພົບທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນຢູ່ສະຖານທີ່ແຫ່ງໃດໜຶ່ງຂອງພວກເຮົາທີ່ກຳນົດໄວ້, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ PST. • ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກ 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 ທີ່ຈົກຈາກຖົງຂອງທ່ານ.
- ຄຳຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ແລະ ເປັນຫຍັງຈຶ່ງຖືກປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້ທ່ານສາມາດອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ?

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.

KAISER PERMANENTE®

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:

- ☐ ລາຍໄດ້/ຄ່າຈ້າງຈາກການອອກແຮງງານ
- ☐ ລາຍໄດ້ຈາກທຸລະກິດ/ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ
- ☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ລາຍໄດ້ຄົນພິການ
- ☐ ເງິນຄ່າລ້ຽງດູ/ຄ່າລ້ຽງດູລູກ
- ☐ ເງິນບຳນານ ຫຼື ເຂົ້າກະສຽນ/ເງິນລາຍປີ
- ☐ ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມ/ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມເສີມ/ເງິນສົງເຄາະນັກຮົບເກົ່າ

$______________

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບ: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈົກຈາກຖົງຕົນເອງທັງໝົດ ທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນສຳລັບການບໍລິການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈຳເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະລວມມີການຮ່ວມຈ່າຍ, ເງິນມັດຈຳ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນ ສຳລັບການມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວພະຍາດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ການປິ່ນປົວແຂ້ວ. $______________

ກະລຸນາລະບຸຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ.

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນ	ປະຫວັດການປິ່ນປົວ #
______________________	____/____/____	__________	______________
______________________	____/____/____	__________	______________
______________________	____/____/____	__________	______________
______________________	____/____/____	__________	______________
______________________	____/____/____	__________	______________

ບໍ່ມີປະກັນໄພແມ່ນບໍ? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຕ່າງໆຂອງທ່ານໄດ້. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງນີ້ຖ້າທ່ານຢາກໃຫ້ 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.