

Բժշկական ֆինանսական օգնության (MFA) ծրագիր

Եթե օգնության կարիք ունեք վճարելու Kaiser Permanente-ից ստացված կամ ստացման համար նշանակված առողջական խնամքի ծառայությունների կամ դեղատոմսային դեղերի համար, մեր Բժշկական ֆինանսական օգնության (Medical Financial Assistance, MFA) ծրագիրը կարող է օգնել ձեզ: Կարող եք դիմել՝ լրացնելով և ուղարկելով դիմումը, ներառյալ ձեր ընտանեկան եկամտի մասին տեղեկությունները:

Ինչպես է գործում ծրագիրը

- Ծրագիրն առաջարկում է ժամանակավոր ,պարգևներե՝ օգնելու համար որակավորված դիմորդներին վճարել խնամքի համար՝ հիմք ընդունելով իրենց ֆինանսական կարիքները:
- Այն մատչելի է Kaiser Permanente-ի հիվանդների համար՝ անկախ նրանց անդամության կարգավիճակից:
- Եթե ձեզ տան այդ պարգևը, ծրագիրը կվճարի Kaiser Permanente-ի մատակարարների կողմից կամ Kaiser Permanente-ի հաստատություններում նշված ժամանակահատվածում տրամադրված շտապ օգնության/հրատապ կամ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ խնամքի համար:
- Պարգևը կիրառելի չէ Kaiser Permanente հաստատություններից դուրս տրամադրված կամ հաշիվ ներկայացված առողջական խնամքի ծառայությունների համար:

Ինչպես որակավորվել

Որակավորվելու համար դուք պետք է համապատասխանեք հետևյալ չափանիշների շարքից ՄԵԿԻՆ՝

1. Ձեր համախառն ընտանեկան եկամուտը 400% է (եկամուտ նախքան հարկերն ու հանումները) կամ դաշնային աղքատության մակարդակից պակաս:

ԿԱՄ

2. Շտապ օգնության կամ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ խնամքի, ատամնաբուժական խնամքի և դեղերի համար ձեր գրպանից վճարվող առողջական խնամքի ծախսերը 12 ամսվա ընթացքում հավասար են կամ գերազանցել են ձեր համախառն ընտանեկան եկամտի 10%-ը:
 - Գրպանից վճարվող ծախսերը ներառում են համավճարները, համաապահովագրությունը և չհատուցվող գումարի վճարումները:
 - Գրպանից վճարվող ծախսերը չեն ներառում որևէ վճարում ձեր առողջապահական ծրագրին, ինչպես օրինակ՝ ձեր ամսական ապահովագիրնը:

2024թ. Դաշնային աղքատության մակարդակի ուղեցույցներ (FPG)

Եթե ձեր կենցաղի/ ընտանիքի անդամների քանակն է՝	100% պարզև ամսական համախառն ընտանեկան եկամտի համար, եթե FPG-ի 200% է հավասար կամ պակաս է	50% պարզև ամսական համախառն ընտանեկան եկամտի համար, եթե FPG-ի 201% և 400% միջև է:
1	Մինչև \$2,510	\$2,511-ից \$5,020
2	Մինչև \$3,407	\$3,408-ից \$6,813
3	Մինչև \$4,303	\$4,304-ից \$8,607
4	Մինչև \$5,200	\$5,201-ից \$10,400
5	Մինչև \$6,097	\$6,098-ից \$12,193
6	Մինչև \$6,993	\$6,994-ից \$13,987

Այցելեք aspe.hhs.gov/poverty կայքն՝ ավելի մեծ ընտանիքներին վերաբերող ուղեցույցները գտնելու համար:

Հարցեր ունեք:







MFA ծրագրին որակավորվելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ որպեսզի տեսնեք, թե որ առողջական խնամքի ծառայությունների համար է այն վճարում, այցելեք kp.org/mfa/scal կայքը կամ զանգահարեք **1-800-390-3507 (TTY 711)** հեռախոսահամարով:

Առողջական խնամքի ապահովագրության տարբերակների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք մեզ՝ **1-800-479-5764 (TTY 711)** հեռախոսահամարով:



Ինչպես դիմել

Եթե համապատասխանեք իրավասության պայմաններին, կարող եք դիմել հետևյալ որևէ տարբերակներից մեկով:

 <p>Առցանց</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MFA-ի դիմումը լրացրեք առցանց՝ kp.org/mfa/scal հասցեով • Պատրաստ եղեք տրամադրել MFA-ի դիմումի հաջորդ էջում նշված բոլոր տեղեկությունները:
 <p>Ուղարկեք այն ֆաքսով</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Լրացրեք հաջորդ էջում տրամադրված MFA-ի դիմումը: • Ձեր լրացված դիմումն ուղարկեք հետևյալ ֆաքսի համարին՝ 1-866-519-1693:
 <p>Ուղարկեք այն փոստով</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Լրացրեք հաջորդ էջում տրամադրված MFA-ի դիմումը: • Ձեր լրացված դիմումը փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 <p>Ինքներդ բերեք այն</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Լրացրեք հաջորդ էջում տրամադրված MFA-ի դիմումը: • Ձեր լրացված դիմումը բերեք տեղական Kaiser Permanente-ի Զիվանդանոցի ընդունարան:
 <p>Չանդիպեք ֆինանսական խորհրդատուի հետ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Չանդիպեք ֆինանսական խորհրդատուի հետ մեր հաստատություններից մեկում երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը PST: • Պատրաստ եղեք տրամադրել MFA-ի դիմումի հաջորդ էջում նշված բոլոր տեղեկությունները:
 <p>Չանգահարեք մեզ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Չանգահարեք մեզ 1-800-390-3507 (TTY 711) հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը PST: • Պատրաստ եղեք տրամադրել MFA-ի դիմումի հաջորդ էջում նշված տեղեկությունները:

Կարևոր է. Երբ դիմում եք առցանց, փոստով կամ ֆաքսով, կամ ինքներդ եք ներկայացնում դիմումը, խնդրում ենք անպայման հնարավորինս ամբողջովին լրացրեք դիմումը: Յուրաքանչյուր չտրամադրված տեղեկություն կարող է հետաձգել դիմումի գործընթացը կամ հանգեցնել օգնության մերժմանը:

Եկամտի ապացույցի փաստաթղթեր

Եկամտի ապացույցը բժշկական ֆինանսական օգնության իրավասության որոշման մասն է կազմում: Ձեր դիմումի հետ եկամտի ապացույցի փաստաթղթեր ներառելը կօգնի հաստատել ձեր եկամտի ճշտությունը վերանայման գործընթացի ժամանակ: Ներքոնշյալ աղյուսակը թվարկում է կամավոր փաստաթղթերը, որոնք կարող եք ներկայացնել՝ ըստ ձեր ընտանեկան եկամտի աղբյուր(ներ)ի:

Ընտանեկան եկամտի աղբյուր(ներ)	Տրամադրեք հետևյալից միայն մեկը յուրաքանչյուր եկամտի աղբյուրի համար
Բիզնես/վարձակալված գույքի եկամուտ	Թարմ W-2-ներ, 1099 հայտարարագիր(եր) կամ հարկային զեկույց
Աշխատանքային եկամուտ/ աշխատավարձեր	Աշխատավարձի թարմ չեկեր Թարմ W-2-ներ, 1099 հայտարարագիր(եր) կամ հարկային զեկույց
Թոշակի/տարեվճարի եկամուտ	Աշխատավարձի թարմ չեկեր Թոշակի բաշխման հայտարարագիր Թարմ W-2-ներ, 1099 հայտարարագիր(եր) կամ հարկային զեկույց
Ինքնազբաղվածության եկամուտ	Աշխատավարձի թարմ չեկեր Թարմ W-2-ներ, 1099 հայտարարագիր(եր) կամ հարկային զեկույց
Սոցիալական ապահովության/լրացուցիչ ապահովության եկամուտ	Սոցիալական ապահովության վարչությունից ստացված նպաստի հաստատման նամակ Սոցիալական ապահովության հայտարարագիր
Գործազրկության նպաստների/ հաշմանդամության եկամուտ	Գործազրկության/հաշմանդամության նպաստների հաստատման նամակ Թարմ W-2-ներ, 1099 հայտարարագիր(եր) կամ հարկային զեկույց
Վետերանների նպաստների եկամուտ	Վետերանների նպաստների հաստատման նամակ Թարմ W-2-ներ, 1099 հայտարարագիր(եր) կամ հարկային զեկույց
Պետական աջակցություն (օրինակ, Medicaid, TANF, SNAP, WIC կամ ցածր եկամտի բնակավայր)	Իրավասության հաստատման նամակ
Տոկոսներից կամ շահութաբաժնից եկամուտ	Թարմ հարկային հայտարարագիր
Ալիմենտ/երեխայի ապրուստադրամ	Նամակ, որը ցույց է տալիս ամսական համախառն ստացված երեխայի ապրուստադրամը կամ ալիմենտը
Ընտանեկան եկամուտ չկա	Գրավոր հաստատում/վկայություն

Ինչ ակնկալել դիմելուց հետո

Այն բանից հետո, երբ մենք ուսումնասիրենք ձեր լրացված դիմումը, մենք կտեղեկացնենք ձեզ հետևյալ արդյունքներից մեկի մասին երեսուն (30) օրվա ընթացքում.

- Եթե ձեր դիմումը հաստատվել է, դուք նամակ կստանաք՝ տեղեկացնելով ձեզ ձեր ֆինանսական պարզևի մասին:
- Եթե ձեր դիմումն անավարտ է, դուք նամակ կստանաք՝ բացատրելով, թե ինչ տեղեկություն է անհրաժեշտ ձեր դիմումը մշակելու համար: Դուք կարող եք պահանջվող տեղեկությունը մեզ ուղարկել փոստով կամ ինքներդ բերել: Սա կարող է ներառել եկամտի ապացույց կամ գրպանից վճարված ծախսերի պատճեններ:
- Եթե ձեր դիմումը հաստատվել է, դուք նամակ կստանաք՝ տեղեկացնելով ձեզ ձեր ֆինանսական պարզևի մասին:

Օգնության կարիք ունե՞ք:

Եթե որևէ հարց կամ դիմումի հետ կապված օգնության կարիք ունեք, կամ ցանկանում եք ստուգել ձեր դիմումի կարգավիճակը, խնդրում ենք զանգահարել **1-800-390-3507 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը, PST: Կարող եք նաև գրուցել ֆինանսական խորհրդատուի հետ Kaiser Permanente որևէ հաստատությունում:

Գնման ենթակա հիվանդանոցային ծառայություններ

kp.org/price-transparency կայքում կարող եք գտնել 300 գնման ենթակա ծառայությունների գնացուցակը: Այս ծառայությունները կարող են նախապես հայցվել հիվանդի կողմից: Որոշ ծառայությունների գները հիմնված են հիվանդանոցում մնալու տիպային տևողության վրա, և ոչ պահանջվող անհատական խնամքի վրա:

Այլ նպաստային ծրագրեր և լրացուցիչ ռեսուրսներ

Մենք այնտեղ ենք ձեզ ամեն կերպ օգնելու համար: Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր սննդի, բնակարանի, ինտերնետի կամ այլ կոմունալ ծառայությունների համար վճարելու հարցում և այլն, Kaiser Permanente Community Support Hub-ը կարող է օգնել ձեզ գտնել համայնքային ռեսուրսներ: Զանգահարեք **1-800-443-6328 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը, կամ այցելեք kp.org/socialhealth կայքը:

Ձեր հաշվի վճարման օգնություն

Կան սպառողների շահերի պաշտպանությամբ զբաղվող անվճար կազմակերպություններ, որոնք կօգնեն ձեզ հասկանալ հաշվարկների և վճարման գործընթացը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք զանգահարել Health Consumer Alliance **1-888-804-3536** հեռախոսահամարով կամ այցելել healthconsumer.org կայքը:

Հիվանդանոցային հաշվի բողոքարկման ծրագիր

Hospital Bill Complaint Program-ը պետական ծրագիր է, որը վերանայում է հիվանդանոցի որոշումները, թե արդյոք դուք իրավասու եք օգնություն ստանալու ձեր հիվանդանոցային հաշվի վճարելու համար: Եթե կարծում եք, որ ձեզ սխալ կերպով մերժել են ֆինանսական օգնությունը, կարող եք բողոք ներկայացնել Հիվանդանոցային հաշվի բողոքարկման ծրագրին: Լրացուցիչ տեղեկությունների և բողոք ներկայացնելու համար այցելեք HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov կայքը:

Բժշկական ֆինանսական աջակցության (MFA) ծրագրի դիմում

Բաժին 1. Հիվանդի տվյալներ

ԱՆՈՒՆ	ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐԸ (ԿԱՄԱՆԿՈՐ)	
ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ (ԿԱՄԱՎՈՐ) <input type="checkbox"/> Ես չունեմ սոցիալական ապահովագրության համար	
ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵ (ՓՈՐՈՑ)		
ՔԱՂԱՔ	ՆԱՀԱՆԳ	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԴԱՍԻՉ
Հիվանդն այժմ անտո՞ն է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԵՌԱՆՈՍԱՀԱՄԱՐ <input type="checkbox"/> Տուն <input type="checkbox"/> Բջջային <input type="checkbox"/> Աշխատանք <input type="checkbox"/> Այլ	

Հիվանդն անդամագրված է նահանգային ծրագրում, ինչպես օրինակ՝ Լրացուցիչ սնուցման աջակցության ծրագիր (SNAP), Կարիքավոր ընտանիքների ժամանակավոր աջակցություն (TANF), Երեխաներ, նորածիններ և երեխաներ (WIC), ցածր եկամտի բնակարաններ կամ Medicaid:

Այո Ոչ

Բաժին 2. Ընտանիքի տվյալներ

Ընտանիքի չափսը` Ընտանիքի անդամների քանակը (ներառյալ ձեզ), ովքեր ապրում են ձեր տանը: Կարող եք ներառել կնոջը/ամուսնուն կամ որակավորված ընտանեկան զուգընկերոջը, երեխաներին, ծնող չհանդիսացող խնամակալին, բարեկամին և այլն:	
--	--

<p>Ընտանեկան եկամուտ (ամսական). 18 տարեկանից բարձր տարիքի ընտանիքի բոլոր անդամների ընդհանուր համախառն եկամուտ (եկամուտ նախքան հարկերն ու հանումները): Նշեք եկամտի ԲՈԼՈՐ տեսակները, որոնք կիրառելի են՝</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Եկամուտ բիզնեսից/ վարձակալված գույքից</td> <td><input type="checkbox"/> Սոցիալական ապահովության/ Լրացուցիչ ապահովության եկամուտ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Աշխատանքային եկամուտ/ աշխատավարձեր</td> <td><input type="checkbox"/> Գործազրկության նպաստներ/ Չաշմանդամության եկամուտ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Վետերանների նպաստների եկամուտ</td> <td><input type="checkbox"/> Ալիմենտ/երեխայի ապրուստադրամ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Տոկոսներից կամ շահութաբաժնից եկամուտ</td> <td><input type="checkbox"/> Ստացել է թոշակի/տարեվճարի եկամուտ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ինքնագրավածության եկամուտ</td> <td><input type="checkbox"/> Իմ ընտանիքում ոչ ոք չի վաստակել կամ եկամուտ չի ստացել վերջին 2 ամսում</td> </tr> </table> <p>Եթե ընտանիքի բոլոր անդամների տարեկան համախառն եկամուտը համասար է զրոյի, նշեք հաստատման վանդակը վերևում և ներքևում, տրամադրեք գրավոր բացատրություն, թե ինչպես են ձեր ընտանիքի չափահասներն ապրում առանց եկամտի, օրինակ՝ սնունդ, բնակավայր, կամունալ ծառայություններ և այլ անհրաժեշտություններ:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Եկամուտ բիզնեսից/ վարձակալված գույքից	<input type="checkbox"/> Սոցիալական ապահովության/ Լրացուցիչ ապահովության եկամուտ	<input type="checkbox"/> Աշխատանքային եկամուտ/ աշխատավարձեր	<input type="checkbox"/> Գործազրկության նպաստներ/ Չաշմանդամության եկամուտ	<input type="checkbox"/> Վետերանների նպաստների եկամուտ	<input type="checkbox"/> Ալիմենտ/երեխայի ապրուստադրամ	<input type="checkbox"/> Տոկոսներից կամ շահութաբաժնից եկամուտ	<input type="checkbox"/> Ստացել է թոշակի/տարեվճարի եկամուտ	<input type="checkbox"/> Ինքնագրավածության եկամուտ	<input type="checkbox"/> Իմ ընտանիքում ոչ ոք չի վաստակել կամ եկամուտ չի ստացել վերջին 2 ամսում	<p>\$ _____</p>
<input type="checkbox"/> Եկամուտ բիզնեսից/ վարձակալված գույքից	<input type="checkbox"/> Սոցիալական ապահովության/ Լրացուցիչ ապահովության եկամուտ										
<input type="checkbox"/> Աշխատանքային եկամուտ/ աշխատավարձեր	<input type="checkbox"/> Գործազրկության նպաստներ/ Չաշմանդամության եկամուտ										
<input type="checkbox"/> Վետերանների նպաստների եկամուտ	<input type="checkbox"/> Ալիմենտ/երեխայի ապրուստադրամ										
<input type="checkbox"/> Տոկոսներից կամ շահութաբաժնից եկամուտ	<input type="checkbox"/> Ստացել է թոշակի/տարեվճարի եկամուտ										
<input type="checkbox"/> Ինքնագրավածության եկամուտ	<input type="checkbox"/> Իմ ընտանիքում ոչ ոք չի վաստակել կամ եկամուտ չի ստացել վերջին 2 ամսում										
<p>Առողջական խնամքի արժեքներ. 12 ամսվա ընթացքում Kaiser Permanente-ի կամ առողջական խնամքի որևէ այլ մատակարարի կողմից տրամադրված շտապ օգնության կամ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ծառայությունների համար գրպանից վճարված ընդհանուր ծախսեր: Կարող է ներառել համավճարներ, ավանդներ, համաապահովագրություն կամ չհատուցվող գումար իրավունակ բժշկական, դեղատան կամ ատամնաբուժական ծառայությունների համար:</p>	<p>\$ _____</p>										

Խնդրում ենք նշել ծրագրի համար դիմող ձեր ընտանիքի բոլոր անդամներին:

Անուն	Ծննդյան ամսաթիվ	Հարաբերություն	Բժշկական արձանագրության համար
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ապահովագրություն չունե՞ք: Kaiser Permanente-ն կարող է օգնել: Եթե չունեք առողջական խնամքի ապահովագրություն, մենք կարող ենք օգնել ձեզ հասկանալ ձեր տարբերակները: Նշում կատարեք այս վանդակում, եթե ցանկանում եք, որպեսզի Kaiser Permanente-ն կապվի ձեզ հետ ձեզ հասանելի տարբերակները քննարկելու համար, կամ կարող եք զանգահարել մեզ **1-800-479-5764 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, որպեսզի գնանշում ստանաք:

Այո, կապվեք ինձ հետ

Սույնով ես հայտարարում եմ, որ այս դիմումի մեջ նշված բոլոր վերոհիշյալ տեղեկությունները ստույգ են, ճշգրիտ և ամբողջական: Ես նույնպես հասկանում եմ և համաձայն եմ, որ ես պատասխանատու եմ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals-ի (KFH/HP) առջև բոլոր գումարների համար, որոնք պարտք եմ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals-ին բժշկական ապրանքների ու ծառայությունների համար, որոնք իրավունակ չեն ծրագրի միջոցով (Մնացած գումարներե):

Նշում. Երբ եկամտի ապացույց չի տրամադրվում, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals-ն կօգտագործի հաճախորդների վարկային հաշվետվության գործակալություններից և երրորդ կողմի այլ տեղեկատվական աղբյուրներից ստացված տեղեկությունները՝ դաշնային, նահանգային և մասնավոր բժշկական ծրագրերին, ներառյալ՝ MFA ծրագրին, մասնակցելու իրավունակությունը որոշելու համար:

Ներկայացնելով այս դիմումը, ես KFH/HP-ին թույլ եմ տալիս տեղեկություններ հայցել հաճախորդների վարկային հաշվետվության գործակալություններից և երրորդ կողմի այլ տեղեկատվական աղբյուրներից, որպեսզի ստուգվեն այս դիմումի տվյալները, եթե անհրաժեշտ է:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՍԱԹԻՎ
----------------	---------

Կգործադրվեն բոլոր ողջամիտ ջանքերը, որպեսզի ձեր դիմումը ժամանակին մշակվի, և երբ այն վերանայվի, դուք նամակ կստանաք՝ հաստատելով արդյունքը:

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.

Arabic: إذا احتجت إلى مساعدة بلغتك، فتتوفر خدمات المساعدة اللغوية بصورة مجانية على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (مغلق أيام العطل). اتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا على الرقم 1-800-464-4000 (TTY 711) للحصول على مساعدة أو يمكنك زيارة أي مكتب تسجيل لمزيد من المعلومات في أي مستشفى تابع لـ Kaiser Permanente، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 بعد الظهر. وتتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل توفير المستندات بطريقة برايل ومطبوعة بحروف كبيرة أو بشكل تسجيل صوتي أو بتنسيقات إلكترونية أخرى يسهل الوصول إليها.

Armenian: Եթե լեզվի հարցում օգնության կարիք ունեք, լեզվական աջակցությունն անվճար մատչելի է ձեզ համար օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (փակ է տոն օրերին): Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն 1-800-464-4000 (TTY 711) հեռախոսահամարով կամ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Kaiser Permanente ցանկացած հիվանդանոցի գրանցման սեղանը երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 5 p.m.-ը: Հասանելի են նաև օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ փաստաթղթեր բրայլով, խոշոր տպագրով, ձայնագրությամբ և այլ մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերով:

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。

Farsi: اگر نیازمند پشتیبانی به زبان خودتان هستید، کمک زبانی به صورت رایگان در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل) در دسترس است. برای دریافت کمک، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با مرکز تماس خدمات اعضای ما به شماره 1-800-464-4000 (TTY 711) تماس بگیرید یا برای اطلاعات بیشتر به میز ثبت نام در هر یک از بیمارستانهای Kaiser Permanente مراجعه کنید. کمکها و خدمات برای افراد معلول، از جمله اسناد با خط بریل، چاپ درشت، فرمت صوتی و سایر قالبهای الکترونیکی دسترس پذیر نیز موجود است.

Hindi: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो भाषा संबंधी सहायता आपके लिए दिन के 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन (छुट्टियों के इलावा) नि:शुल्क उपलब्ध है। सहायता के लिए आप हमारे सदस्य सेवा संपर्क केंद्र को 1-800-464-4000 (TTY 711) पर कॉल कर सकते हैं या अधिक जानकारी के लिए सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से शाम 5 बजे तक, किसी भी Kaiser Permanente अस्पताल में किसी भी पंजीकरण डेस्क पर जाएं। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ भी उपलब्ध हैं, जैसे उभरे अक्षरों में दस्तावेज़, बड़े प्रिंट, ऑडियो और अन्य सुगम इलेक्ट्रॉनिक फार्मेट।

Hmong: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces kuj yeej muaj kev pab txhais lus yam tsis tau them nqi rau koj, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim piam (kaw nyob rau cov hnuv so). Hu rau peb Lub Chaw Sib Txuas Lus Pab Cuam Tswv Cuab ntawm tus xov tooj 1-800-464-4000 (TTY 711) txhawm rau thov kom pab los sis mus ntsib lub rooj teev npe twg los tau kom paub ntau ntxiv nyob rau ntawm Kaiser Permanente lub tsev kho mob twg los tau, Hnuv Monday txog Hnuv Friday, 8 teev sawv ntxov txog 5 teev tsaus ntuj. Tsis tas li xwb, kuj tseem yuav muaj cov kev pab dawb thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si thiab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas, luam ua tus ntawv loj, kaw suab lus, thiab lwm yam qauv es lev thaus niv uas tuaj yeem nkag mus siv tau.

Japanese: 母国語でのサポートが必要な場合は、24 時間 365 日（祝日は休業）、無料で言語アシスタントをご利用いただけます。詳細については、メンバーサービスコンタクトセンター（1-800-464-4000、TTY 711）にお電話でお問い合わせいただくか、Kaiser Permanente 病院の受付カウンターお尋ねください（月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 5 時）。障がいをお持ちの方には、点字、大活字、音声などのアクセシビリティに対応した電子文書などの支援やサービスもご用意しています。

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក យើងមានផ្តល់ជំនួយភាសាដែលអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជូនអ្នក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាក)។ ទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងផ្នែកសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងតាមលេខ 1-800-464-4000 (TTY 711) ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ឬចូលទៅកាន់កន្លែងចុះឈ្មោះណាមួយសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមនៅមន្ទីរពេទ្យ Kaiser Permanente ណាមួយពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបានផ្សេងទៀតក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។

Korean: 귀하가 사용하는 언어로 도움이 필요한 경우, 연중무휴 24 시간(공휴일 제외) 무료로 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 가입자 서비스 연락 센터에 1-800-464-4000(TTY 711)번으로 전화하여 도움을 요청하거나 Kaiser Permanente 병원에 있는 등록 데스크를 방문하여 월요일부터 금요일 오전 8 시부터 오후 5 시까지 자세한 정보를 얻을 수 있습니다. 점자, 큰 활자, 오디오 및 기타 접근 가능한 전자 형식의 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກໍ່ຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນມື້ວັນພັກຕ່າງໆ). ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກ ຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-464-4000 (TTY 711) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼື ເຂົ້າໄປຫາໂຕະລົງທະບຽນໃດກໍ່ໄດ້ ເພື່ອສອບຖາມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຢູ່ໂຮງໝໍຂອງ Kaiser Permanente ແຫ່ງໃດກໍ່ໄດ້, ແຕ່ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ. ນອກຈາກນັ້ນ, ກໍ່ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆ ສໍາລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນຸນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ສຽງບັນທຶກ ແລະ ຮູບແບບເອເລັກໂຕນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.

Mien: Beiv hngangv meih qiex zuqc longc mienh tengx douc benx meih nyei waac bun muangx nor, ninh mbuo mbenc duqv maaih faan waac mienh tengx wangv henh douc waac bun meih muangx mv zuqc heuc meih ndortv nyaanh, yietc hnoi tengx goux junh 24 norm ziangh hoc, yiem norm leiz baaix tengx zuqc 7 hnoi (Cih cuotv gingc nyei hnoi oc). Douc waac lorx taux yie mbuo nyei ziux goux zuangx mienh nyei dinc zangc domh gorn (Member Service Contact Center) yiem njiec naaiv 1-800-464-4000 (TTY 711) liouh tengx ziux goux nzie weih a'fai bieqc lorx taux ninh mbuo faaux mbuoz nyei gorn zangc liouh muangx waac-fienx tipv yiem njiec haaix norm Kaiser Permanente zorc baengc dorng h yaac duqv, yiem leiz-baaix-yietv mingh taux leiz-baaix-hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lung h ndorm mingh taux 5 diemv ziangh hoc lung hmuangx. Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jauv-louc tengx ziux goux wuaaic fangx mienh, dorh nyungc horng h sou zoux benx nzangc-pokc bun hluo, nqaapv bieqc domh zeiv-fangx, zoux benx waac-qiez bun muangx, aengx caux da'nyeic nyungc horng h gong yiem ga'nyuoz electronic bun longc oc.

Navajo: Saad Diné k'ehjí' bee shiká a'doowol ninízingo, t'áá jíík'e nábeehaz'á, t'áá áhwíjí t'áá áhwíít' éé', tsosts'idjí áá'át'é (dahodiyin nídei'aah góne' éi da'deelkaal). Member Service Contact Centerjí' hodíílni 1-800-464-4000 (TTY 711) éi doodago t'ááni Kaiser Permanente bi azee' ádaal'íníjí' díínáál dóo baa nidíniitaal damóo biiskání dóo niléi nida'iiníshjí' aa'ádaat'é abínigo tseebíí bik'i dahazk'ęęzgo dóo yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjí' ná áá'át'é. T'áá háida bits'íí' dóo binisíkęęs bee bich'í' anídahast'í'ígíí bá ahoot'i' nááná t'áá háida doo da'oo'ínii binaaltsoos yee deiyółta'ígíí bá hóló ałdo' áádóo saad nitsaago bee bik'i da'ashchínígí ałdo' hóló nááná saad bik'i naha'nííígíí ná hóló nááná béesh bee t'áá bí nitsídaakeęęsígíí al'áá ádaa t'éego bee nahwidinitingo ałdo' ná dahóló.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਦੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਹੈ) ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-464-4000 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ Kaiser Permanente ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਡੈਸਕ 'ਤੇ ਜਾਓ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ, ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਆਡੀਓ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

Russian: Если вам требуется помощь на вашем языке, бесплатные услуги перевода доступны круглосуточно в любой день недели (кроме праздничных дней). За помощью и информацией обращайтесь в контактный центр отдела обслуживания участников по номеру 1-800-464-4000 (TTY: 711) или на стойку регистрации любой больницы Kaiser Permanente с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Лица с инвалидностью могут получить документы напечатанными шрифтом Брайля или крупным шрифтом, в специальном электронном формате, в виде аудиозаписи, а также другие услуги и помощь.

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.

Tagalog: Kung kailangan mo ng tulong na nasa iyong wika, may available na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado kapag may mga holiday). Tumawag sa aming Member Service Contact Center sa 1-800-464-4000 (TTY 711) para sa tulong o bisitahin ang anumang mesa para sa pagrerehistro para sa higit pang impormasyon sa alinmang ospital ng Kaiser Permanente, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille, malaking print, audio, at iba pang maa-access na electronic na format.

Thai: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ คุณสามารถใช้บริการความช่วยเหลือด้านภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โปรดติดต่อศูนย์ติดต่อบริการสมาชิกที่ 1-800-464-4000 (TTY 711) หากต้องการความช่วยเหลือ หรือไปที่โต๊ะลงทะเบียนที่โรงพยาบาล Kaiser Permanente ทุกแห่งหากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น. และยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์ สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ เสียง และรูปแบบช่วยการเข้าถึงอิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ ด้วยเช่นกัน

Ukrainian: Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, безкоштовні послуги перекладу доступні цілодобово в будь-який день тижня (за винятком святкових днів). По допомогу чи докладнішу інформацію звертайтеся до контактному центру відділу обслуговування учасників за номером 1-800-464-4000 (TTY: 711) або на стійку реєстрації будь-якої лікарні Kaiser Permanente з понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00. Особи з інвалідністю можуть отримати документи надрукованими шрифтом Брайля або великим шрифтом, у вигляді аудіозапису чи в спеціальному електронному форматі, а також інші послуги та допомогу.

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ 24/7 (đóng cửa vào những ngày lễ), nếu quý vị cần được hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị. Vui lòng gọi điện đến Trung Tâm Liên Lạc Ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-800-464-4000 (TTY 711) để được trợ giúp hoặc đến quầy đăng ký bất kỳ tại mọi bệnh viện của Kaiser Permanente để hỏi thêm thông tin, chúng tôi phục vụ từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều. Ngoài ra, chúng tôi cũng cung cấp công cụ hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi, bản in khổ chữ lớn, dạng âm thanh và các định dạng điện tử để truy cập khác.