

Programme d'assistance financière médicale (Medical Financial Assistance, MFA)

Si vous avez besoin d'aide pour payer les soins de santé reçus ou que vous allez recevoir, ou les médicaments prescrits de Kaiser Permanente, notre programme d'assistance financière médicale (MFA) peut peut-être vous aider. Vous pouvez déposer une demande comprenant les informations sur les revenus de votre ménage.

Fonctionnement du programme

- Le programme offre des « allocations » temporaires pour aider les demandeurs éligibles à payer les soins sur la base de leurs besoins financiers.
- Il est accessible à tous les patients Kaiser Permanente, qu'ils soient membres ou non.
- Si l'allocation est accordée, le programme couvrira les soins préventifs/urgents ou médicalement nécessaires dispensés par des prestataires Kaiser Permanente ou dans des établissements Kaiser Permanente pendant une période déterminée.
- L'allocation ne s'applique pas aux services de santé fournis et facturés en dehors des établissements Kaiser Permanente.

Comment être éligible ?

Pour être éligible, vous devez répondre à l'UN des critères suivants :

1. Le revenu brut de votre ménage (revenu avant impôts et déductions) est inférieur ou égal à 400 % du seuil de pauvreté fédéral.

OU

2. Vos dépenses de santé pour les soins d'urgence ou médicalement nécessaires, les soins dentaires et les médicaments sur une période de 12 mois sont égales ou supérieures à 10 % du revenu brut de votre ménage.
 - Les frais à la charge du patient comprennent le ticket modérateur, la coassurance et la franchise.
 - Les frais à la charge du patient ne comprennent pas les paiements effectués dans le cadre de votre régime d'assurance maladie, tels que les cotisations mensuelles.

Directives fédérales sur la pauvreté de 2024 (Federal Poverty Guidelines, FPG)

Si la taille de votre ménage/famille est :	Allocation de 100 % pour les ménages dont le revenu mensuel brut est inférieur ou égal à 200 % du seuil de pauvreté fédéral	Allocation de 50 % pour les ménages dont le revenu mensuel brut est compris entre 201 % et 400 % du seuil de pauvreté fédéral
1	Jusqu'à \$2,510	De \$2,511 à \$5,020
2	Jusqu'à \$3,407	De \$3,408 à \$6,813
3	Jusqu'à \$4,303	De \$4,304 à \$8,607
4	Jusqu'à \$5,200	De \$5,201 à \$10,400
5	Jusqu'à \$6,097	De \$6,098 à \$12,193
6	Jusqu'à \$6,993	De \$6,994 à \$13,987

Rendez-vous sur aspe.hhs.gov/poverty pour trouver les directives relatives aux ménages plus importants.

Vous avez des questions ?







Pour plus d'informations sur les conditions à remplir pour bénéficier du programme MFA, ou pour connaître les services de santé pris en charge, rendez-vous sur kp.org/mfa/scal, appelez le **1-800-390-3507 (TTY 711)** ou scannez ce code.

Pour plus de renseignements à propos des options de couverture, veuillez nous joindre au **1-800-479-5764 (TTY 711)**.



Comment déposer une demande ?

Si vous remplissez les conditions d'éligibilité, vous pouvez déposer votre demande de plusieurs manières.

 <p>En ligne</p>	<ul style="list-style-type: none"> Remplissez le formulaire de demande MFA en ligne kp.org/mfa/scal Préparez-vous à fournir toutes les informations listées dans le formulaire de demande MFA à la page suivante.
 <p>Par télécopie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Remplissez le formulaire de demande MFA à la page suivante. Envoyez par télécopie votre demande dûment remplie au numéro suivant 1-866-519-1693.
 <p>Par voie postale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Remplissez le formulaire de demande MFA à la page suivante. Envoyez votre demande dûment remplie à l'adresse suivante : Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 <p>Remettre votre demande en main propre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Remplissez le formulaire de demande MFA à la page suivante. Déposez votre demande dûment remplie au Service d'admission de l'hôpital Kaiser Permanente le plus proche.
 <p>Rencontrer un conseiller financier</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rencontrez un conseiller financier dans l'un de nos établissements désignés, du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h HNP. Préparez-vous à fournir toutes les informations listées dans le formulaire de demande MFA à la page suivante.
 <p>Par téléphone</p>	<ul style="list-style-type: none"> Appelez-nous au 1-800-390-3507 (TTY 711), du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h HNP. Préparez-vous à fournir toutes les informations listées dans le formulaire de demande MFA à la page suivante.

Important ! Lorsque vous envoyez votre demande en ligne, par courrier ou par télécopie, ou lorsque vous la déposez en personne, veillez à ce que le formulaire soit le plus complet possible. Les informations manquantes peuvent retarder le traitement de votre demande et entraîner un refus d'aide.

Justificatifs de revenus

La vérification des revenus fait partie du processus de détermination de l'éligibilité à l'assistance financière médicale. Le fait de joindre des justificatifs de revenus à votre demande dûment remplie permettra de confirmer l'exactitude de vos revenus au cours de la procédure d'examen. Le tableau ci-dessous énumère les documents facultatifs à soumettre en fonction des sources de revenus de votre ménage.

Source(s) de revenus du ménage	Ne fournir qu'un seul des éléments suivants par source de revenus
Revenus commerciaux/locatifs	W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Revenus professionnels/salaires	Bulletins de salaire récents W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Pensions/retraites/rentes perçues	Bulletins de salaire récents Déclaration de versement de pension/retraite W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Revenus des travailleurs indépendants	Bulletins de salaire récents W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Aides sociales/revenu complémentaire de sécurité	Lettre de vérification des prestations émanant de l'administration de la sécurité sociale Déclaration de sécurité sociale
Allocations de chômage/ revenus d'invalidité	Lettre de vérification des allocations de chômage/d'invalidité W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Pension des anciens combattants	Lettre de vérification des allocations des anciens combattants W-2s récents, déclaration(s) 1099 ou déclaration d'impôts
Aide gouvernementale (par exemple, Medicaid, TANF, SNAP, WIC ou logement à loyer modéré)	Approbation de la lettre d'éligibilité
Revenus d'intérêts ou de dividendes	Déclaration d'impôts récente
Pensions alimentaires pour époux/ enfants perçues	Une lettre indiquant les revenus bruts mensuels perçus au titre de la pension alimentaire
Aucun revenu du ménage	Attestation/explication écrite

Ce qui vous attend une fois votre demande déposée

Après avoir examiné votre demande dûment remplie, nous vous ferons part de l'une des décisions suivantes dans un délai de trente (30) jours à compter de la réception de votre demande :

- Si votre demande est approuvée, vous recevrez une lettre vous informant de l'attribution de votre allocation.
- Si votre demande est incomplète, vous recevrez une lettre expliquant les informations nécessaires au traitement de votre demande. Vous pouvez envoyer les informations demandées par voie postale ou les déposer en personne ; il peut s'agir de justificatifs de revenus ou de copies de vos dépenses.
- Si votre demande est refusée, vous recevrez une lettre vous informant des raisons de ce refus, auquel cas vous pourrez faire appel de notre décision.

Vous avez besoin d'aide ?

Si vous avez des questions, si vous avez besoin d'aide pour votre demande ou si vous souhaitez vérifier l'état d'avancement de votre demande, veuillez appeler le **1-800-390-3507** (TTY **711**), du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h HNP. Vous pouvez également vous adresser à un conseiller financier dans n'importe quel centre Kaiser Permanente.

Services payants des hôpitaux

Une liste d'information sur les tarifs de 300 services payants est disponible à l'adresse suivante kp.org/price-transparency. Ces services peuvent être planifiés par le patient. Les tarifs de certains de ces services sont basés sur une durée de séjour type à l'hôpital et non sur les soins individuels qui peuvent être nécessaires.

Autres programmes d'avantages et ressources supplémentaires

Nous sommes là pour vous soutenir au mieux. Si vous avez besoin d'aide pour faire face à des besoins essentiels tels que la nourriture, le logement, le paiement d'Internet ou d'autres charges, et plus encore, le Kaiser Permanente Community Support Hub peut vous mettre en contact avec les ressources de votre communauté. Appelez le **1-800-443-6328** (TTY **711**), du lundi au vendredi entre 8 h et 17 h ou rendez-vous sur le site kp.org/socialhealth.

Aide au paiement de la facture

Il existe des organisations gratuites de défense des consommateurs qui vous aideront à comprendre le processus de facturation et de paiement. Vous pouvez appeler la Health Consumer Alliance au **1-888-804-3536** ou aller sur healthconsumer.org pour plus d'informations.

Le programme Hospital Bill Complaint

Le programme Hospital Bill Complaint est un programme d'État qui examine les décisions prises par les hôpitaux pour déterminer si vous pouvez bénéficier d'une aide au paiement de votre facture d'hôpital. Si vous pensez que l'on vous a refusé à tort une aide financière, vous pouvez déposer une plainte auprès du programme Hospital Bill Complaint. Rendez-vous sur HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov pour plus d'informations et pour déposer une plainte.

Formulaire du programme d'assistance financière médicale (MFA)

Section 1 : Informations du patient

NOM		NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL (FACULTATIF)	
DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (FACULTATIF)		
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas de numéro de sécurité sociale			
ADRESSE POSTALE (RUE)			
VILLE		ÉTAT	CODE POSTAL
Le patient est-il actuellement sans logement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre

Le patient bénéficie-t-il d'un programme d'aide de l'État tel que le Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), le Temporary Assistance for Needy Families (TANF), le Women, Infants & Children (WIC), un logement à loyer modéré ou Medicaid ? Oui Non

Section 2 : Informations du ménage

Taille du ménage : Nombre de membres du ménage (y compris vous) qui vivent au sein de votre foyer. Il peut s'agir d'un conjoint ou d'un partenaire domestique, d'enfants, d'un gardien non parent, d'un parent, etc.

Revenu du ménage (mensuel) : Revenu brut total (revenu avant impôts et déductions) de tous les membres du ménage âgés de plus de 18 ans. Cochez TOUS les types de revenus concernés :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Revenus commerciaux/locatifs | <input type="checkbox"/> Allocations de chômage/revenus d'invalidité |
| <input type="checkbox"/> Revenus professionnels/salaires | <input type="checkbox"/> Pensions alimentaires pour époux/enfants perçues |
| <input type="checkbox"/> Pension des anciens combattants | <input type="checkbox"/> Pensions/retraites/rentes perçues |
| <input type="checkbox"/> Revenus d'intérêts ou de dividendes | <input type="checkbox"/> Personne dans mon ménage ne gagne ou n'a touché de revenus au cours des 2 derniers mois |
| <input type="checkbox"/> Revenus des travailleurs indépendants | |
| <input type="checkbox"/> Sécurité sociale/revenu complémentaire de sécurité | |

Si le revenu annuel brut de tous les membres du ménage est nul, cochez la case d'attestation ci-dessus et fournissez une explication écrite sur la manière dont les membres adultes du ménage subviennent à leurs besoins sans revenu, c'est-à-dire la nourriture, le logement, les charges et autres nécessités.

\$ _____

Coûts des soins de santé : Le total des dépenses que vous avez engagées sur une période de 12 mois pour des services d'urgence ou médicalement nécessaires fournis par Kaiser Permanente ou tout autre prestataire de soins de santé. Il peut s'agir d'un ticket modérateur, d'une caution, d'une coassurance ou d'une franchise pour des services médicaux, pharmaceutiques ou dentaires éligibles.

\$ _____

Veillez établir la liste de tous les membres de votre foyer qui demandent une assistance financière médicale (MFA).

Nom	Date de naissance	Relation	Numéro de dossier médical
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Vous n'êtes pas assuré(e) ? Kaiser Permanente peut vous aider. Si vous ne bénéficiez pas d'une couverture santé, nous pouvons vous aider à comprendre les options qui s'offrent à vous. Cochez cette case si vous souhaitez que Kaiser Permanente vous contacte pour discuter de vos options ou vous pouvez nous appeler au **1-800-479-5764 (TTY 711)** pour obtenir un devis.

Oui, contactez-moi

Je déclare par la présente que toutes les informations mentionnées ci-dessus dans la présente demande sont véridiques, exactes et complètes à tous égards. Je reconnais et accepte également que je suis responsable envers les Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) de tous les montants dus aux Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals pour des biens et services médicaux qui ne sont pas éligibles dans le cadre du programme (les « montants restants »).

Remarque : Si aucun justificatif de revenu n'est fourni, les Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals utiliseront les informations fournies par les agences d'évaluation du crédit à la consommation et d'autres sources d'information tierces pour déterminer l'éligibilité aux programmes médicaux fédéraux, d'État et privés, y compris le programme MFA.

En soumettant cette demande, j'autorise les KFH/HP à demander des informations aux agences d'évaluation du crédit à la consommation et à d'autres sources d'information tierces afin de vérifier toute information fournie dans cette demande qui serait jugée nécessaire.

SIGNATURE

DATE

Tous les efforts raisonnables seront déployés pour traiter votre demande rapidement et, une fois votre demande examinée, vous recevrez une lettre confirmant la décision.

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 هر یک از بیمارستان های Kaiser Permanente مراجعه کنید. کمک ها و خدمات برای افراد معلول، از جمله اسناد با خط بریل، چاپ درشت، فرمت صوتی و سایر قالب های 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) निःशुल्क 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 फॉर्मेट।

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 hlou, nqaapv bieqc domh zeiv-fangx, zoux benx waac-qiez bun muangx, aengx caux da'nyaic nyungc horng h gong yiem ga'nyuoz electronic bun longc oc.

Navajo: Saad Diné k'ehjí' bee shiká a'doowól 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, ਸੇਮਵਾਰ 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 และรูปแบบช่วยการเข้าถึงอิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ 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.