

## תוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים (MFA)

אם הנכם זקוקים לסיוע בתשלום על שירותים בריאותיים או מרשמים שקיבלתם או שאתם אמורים לקבל בעתיד מ-Kaiser Permanente, תוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים שלנו עשויה לסייע לכם. ניתן לפנות בבקשה להצטרפות לתוכנית באמצעות מילוי ומשלוח טופס בקשה, בציון פרטי ההכנסות של משק הבית שלכם.

### כיצד פועלת התוכנית

- התוכנית מציעה "מענקים" זמניים המסייעים למבקשים זכאים לשלם על טיפול רפואי בהתאם לצורכיהם הכספיים.
- התוכנית זמינה לכל המטופלים של Kaiser Permanente, בין שמדובר בחברים ובין שלא.
- לאחר שתאושר, התוכנית תכסה טיפולים בעלי הכרח רפואי הניתנים על ידי נותני השירות של Kaiser Permanente או הניתנים במתקניה של Kaiser Permanente למשך תקופת זמן מוגדרת.
- המענק אינו חל על שירותי בריאות והוא יחויב מחוץ למתקניה של Kaiser Permanente.

### תהליך הזכאות

על מנת להיות זכאים לתוכנית, עליכם לעמוד באחד ממקבצי הקריטריונים הבאים:

1. ההכנסה ברוטו של משק הבית שלכם (הכנסה לפני מיסים וניכויים) עומדת על 400% או פחות מקו העוני הפדרלי.

או

2. ההוצאות הבריאותיות שלכם המשולמות מכיסכם לטובת טיפולי חירום או טיפולים בעלי הכרח רפואי, טיפולי שיניים ותרופות לאורך תקופה בת 12 חודשים שוות ל-10% מסה"כ ההכנסה ברוטו של משק הבית שלכם או למעלה מכך.

○ הוצאות המשולמות מכיסכם כוללות: תשלום משותף, ביטוח משותף ותשלומי השתתפות עצמית.

○ ההוצאות המשולמות מכיסכם אינן כוללות תשלומים בגין תוכנית הבריאות שלכם עצמה (לדוג': הפרמיה החודשית).

ההנחיות הפדרליות בנושא עוני לשנת 2024 (FPG)		
מענק בגובה 50% להכנסה חודשית ברוטו למשק בית העומדת על בין 201% ל-400% מהסף הקבוע בהנחיות הפדרליות בנושא עוני.	מענק בגובה 100% להכנסה חודשית ברוטו למשק בית העומדת על 200% או פחות מהסף הקבוע בהנחיות הפדרליות בנושא עוני.	ככל שמשק הבית / גודל המשפחה שלכם הינו:
\$2,511 עד \$5,020	\$2,510 עד	1
\$3,408 עד \$6,813	\$3,407 עד	2
\$4,304 עד \$8,607	\$4,303 עד	3
\$5,201 עד \$10,400	\$5,200 עד	4
\$6,098 עד \$12,193	\$6,097 עד	5
\$6,994 עד \$13,987	\$6,993 עד	6

אנא בקרו באתר האינטרנט שכתובתו: [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) לעיון בהנחיות החלות על משקי בית גדולים יותר.

### שאלות?







לקבלת מידע נוסף בדבר הזכאות לתוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים או לעיון בשירותים הבריאותיים שהיא מכסה, אנא בקרו באתר האינטרנט שכתובתו: [kp.org/mfa/scal](https://kp.org/mfa/scal), טלפנו למספר: (TTY 711) 1-800-390-3507, או סרקו את הקוד שלפניכם.

לקבלת מידע נוסף בדבר אפשרויות הכיסוי הבריאותי העומדות לרשותכם, אנא טלפנו אלינו במספר: (TTY 711) 1-800-479-5764.



## תהליך הגשת הבקשה

אם הנכם עומדים בדרישות הזכאות, באפשרותכם להגיש בקשה בכל אחת מן הדרכים הבאות.

<ul style="list-style-type: none"> <li>השלמת טופס בקשת הצטרפות לתוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים באינטרנט: <a href="http://kp.org/mfa/scal">kp.org/mfa/scal</a></li> <li>אנא הכינו את כל המידע המפורט בטופס בקשת ההצטרפות לתוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים בעמוד הבא.</li> </ul>	<p>באינטרנט</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>מלאו את טופס בקשת ההצטרפות לתוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים בעמוד הבא.</li> <li>שלחו בפקס את הבקשה המלאה שלכם למספר: <b>1-866-519-1693</b>.</li> </ul>	<p>שלחו בפקס</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>מלאו את טופס בקשת ההצטרפות לתוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים בעמוד הבא.</li> <li>שלחו את הבקשה המלאה שלכם בדואר לכתובת: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li> </ul>	<p>משלוח הבקשה בדואר</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>מלאו את טופס בקשת ההצטרפות לתוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים בעמוד הבא.</li> <li>מסרו את הבקשה המלאה שלכם במחלקת הקבלה (Admitting Department) בבית החולים המקומי של Kaiser Permanente.</li> </ul>	<p>מסירה אישית</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>היפגשו עם יועץ פיננסי באחד מהמתקנים הייעודיים שלנו בימים שני עד שישי, מ-08:00 עד 17:00, שעון מערב ארצות הברית.</li> <li>אנא הכינו את כל המידע המפורט בטופס בקשת ההצטרפות לתוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים בעמוד הבא.</li> </ul>	<p>היפגשו עם יועץ פיננסי</p> 
<ul style="list-style-type: none"> <li>התקשרו אלינו במספר: (TTY 711) <b>1-800-390-3507</b>, בין הימים שני עד שישי, ובין השעות 08:00 בבוקר עד 17:00, שעון מערב ארצות הברית.</li> <li>אנא הכינו את כל המידע המפורט בטופס בקשת ההצטרפות לתוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים בעמוד הבא.</li> </ul>	<p>התקשרו אלינו</p> 

**חשוב:** בהגשת בקשה באינטרנט, בדואר, בפקס או במסירה אישית, אנא ודאו שמילאתם את הבקשה במלואה, ככל הניתן. פרטים בלתי-מלאים עלולים לגרור את עיכוב הטיפול בבקשתכם או סירוב למתן סיוע.

**אסמכתאות בנושא הכנסות**

אימות ההכנסה שלכם מהווה חלק מתהליך קביעת הזכאות לסיוע במימון טיפולים רפואיים. הכללתם של מסמכים להוכחת רמת הכנסה בבקשתכם המלאה תסייע לנו לוודא את רמת הדיוק של הכנסותיכם במסגרת תהליך הבחינה. הטבלה שלפניכם מפרטת את המסמכים האופציונליים שאותם ניתן להגיש בהתאם למקורות ההכנסה של משק הבית שלכם.

יש לבחור באפשרות אחת בלבד מבין הבאים לכל מקור הכנסה	מקורות הכנסה למשק בית
W-2 (מהעת האחרונה), הצהרות 1099 או החזרי מס	הכנסה מעסק / שכירות
תלושי שכר מהעת האחרונה W-2 (מהעת האחרונה), הצהרות 1099 או החזרי מס	הכנסת / שכר עבודה
תלושי שכר מהעת האחרונה הצהרת תשלום פנסיה / גמלאות W-2 (מהעת האחרונה), הצהרות 1099 או החזרי מס	פנסיה / גמלאות / קצבה שהתקבלו
תלושי שכר מהעת האחרונה W-2 (מהעת האחרונה), הצהרות 1099 או החזרי מס	הכנסה לעצמאים
מכתב אימות הטבה ממניהל הביטוח הלאומי. הצהרת ביטוח לאומי	הכנסות שמקורן בביטוח לאומי / הכנסה משלימה (supplemental security)
מכתב אימות לעניין אבטלה/נכות W-2 (מהעת האחרונה), הצהרות 1099 או החזרי מס	אבטלה / נכות
מכתב אימות – הטבות ליוצאי צבא W-2 (מהעת האחרונה), הצהרות 1099 או החזרי מס	הטבות ליוצאי צבא
אישור מכתב זכאות	סיוע ממשלתי (Medicaid, TANF, SNAP, WIC), או דיור לבעלי הכנסה נמוכה).
החזר מס מהעת האחרונה	הכנסות מריבית או דיבידנדים
מכתב המציג את ההכנסה החודשית ברוטו שהתקבלה בגין מזונות ילדים	תשלומי מזונות בן/בת זוג / ילדים שהתקבלו
אישור / הסבר בכתב	היעדר הכנסה למשק הבית

**למה ניתן לצפות לאחר ההרשמה**

- לאחר בחינת בקשתכם, אנו ניידע אתכם בדבר אחת מן התוצאות הבאות תוך שלושים (30) ימים ממועד קבלתה:
  - ככל שבקשתכם אושרה, אתם תקבלו מכתב המיידע אתכם בדבר המענק הכספי שלכם.
  - אם בקשתכם אינה מלאה, אתם תקבלו מכתב שיסביר לכם מהו המידע הנדרש לצורך הטיפול בבקשה שלכם. ניתן לשלוח את המידע בדואר או למסור אותו באופן אישי. מידע זה עשוי לכלול אסמכתאות לרמת הכנסה או עותקים של מסמכים המציגים את ההוצאות המשולמות מכיסכם.
  - ככל שבקשתכם נדחתה, אתם תקבלו מכתב המיידע אתכם בדבר הסיבה לדחיית הבקשה, ובמקרים אלו אתם תוכלו להגיש ערעור על החלטתנו.

## זקוקים לעזרה?

אם יש לכם שאלות, או אם הנכם זקוקים לסיוע במילוי הבקשה שלכם או בבדיקת הסטטוס שלה, אנא התקשרו אלינו במספר: (TTY 711) 1-800-390-3507 בין הימים שני עד שישי, ומ-08:00 עד 17:00, שעון מערב ארצות הברית. כמו כן, באפשרותכם לשוחח עם יועץ פיננסי בכל אחד מאתריה של Kaiser Permanente.

## שירותי בית חולים הזמינים לרכישה

באתר שכתובתו: [kp.org/price-transparency](http://kp.org/price-transparency) ניתן למצוא מחירון המפרט 300 שירותים הזמינים לרכישה. המטופלים יכולים לקבוע מראש את ביצוע השירותים הללו. המחירים של שירותים מסוימים מבוססים על משך השהייה הטיפוסי בבית החולים, והם אינם מבוססים על הטיפול הפרטני שיידרש.

## תוכניות מועילות אחרות ומשאבים נוספים

אנחנו כאן כדי לתמוך בכם בכל דרך שבה נוכל. אם הנכם זקוקים לסיוע בנושאים חיוניים, כגון מזון, דיור, תשלומים על אינטרנט ותשתיות אחרות ועוד, מוקד התמיכה בקהילה – Kaiser Permanente Community Support Hub – יוכל לסייע לכם במציאת המשאבים הזמינים בקהילתכם. אנא התקשרו למספר: (TTY 711) 1-800-443-6328, בימים שני עד שישי בין השעות 08:00 ל-17:00 או בקרו באתר האינטרנט שכתובתו: [kp.org/socialhealth](http://kp.org/socialhealth).

## סיוע בתשלום חובות

קיימים ארגונים צרכניים אשר יסייעו לכם בהבנת תהליך החיוב והתשלום. באפשרותכם ליצור קשר עם Health Consumer Alliance במספר 1-888-804-3536, או לגשת לאתר האינטרנט שכתובתו [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) לקבלת פרטים נוספים.

## תוכנית Hospital Bill Complaint Program (תלונות בנושא חיובים של בתי חולים)

תוכנית התלונות בנושא חיובי בתי חולים (Hospital Bill Complaint Program) היא תוכנית במימון המדינה, המשמשת לבחינת החלטות בבתי חולים בדבר זכאותכם לתשלום חובות לבית החולים. אם הנכם סבורים כי בקשתכם לסיוע כספי סורבה שלא כדין, באפשרותכם להגיש תלונה לתוכנית Hospital Bill Complaint Program. אנא בקרו באתר בכתובת: [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) לקבלת פרטים נוספים ועל מנת להגיש תלונה.

**בקשה להצטרפות לתוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים (MFA)**

סעיף 1: מידע על המטופל			
שם	מספר תיק רפואי (רשות)		
תאריך לידה	מספר ביטוח לאומי (רשות)	<input type="checkbox"/> אין בידי מספר ביטוח לאומי (SSN)	
כתובת למשלוח דואר (רחוב)			
עיר	מדינה	מיקוד	
האם המטופל מחוסר דיור? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		מספר טלפון עיקרי	<input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/> נייד <input type="checkbox"/> מקום עבודה <input type="checkbox"/> אחר
האם המטופל רשום לתוכנית סיוע מדינתית, כגון SNAP, TANF, WIC, תוכנית לסיוע בדיור לבעלי הכנסה נמוכה, או Medicaid? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			

**סעיף 2: פרטים על משק הבית**

	<p><b>גודל משק הבית:</b> מספר הנפשות במשק הבית (כולל אתכם) המתגוררים בביתכם. הנפשות במשק הבית כוללות בני זוג או ידועים בציבור זכאים, ילדים, גורמים מטפלים שאינם הורים, קרובי משפחה וכו'.</p>										
\$ _____	<p><b>הכנסה למשק בית (חודשית):</b> הכנסה כוללת ברוטו (הכנסה לפני מיסים וניכויים) ביחס לכל בני משק הבית שגילם למעלה מ-18 שנים. יש לסמן את כל סוגי ההכנסה המקיימים את הבאים:</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> הכנסה מעסק / שכירות</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> הכנסות שמקורן בביטוח לאומי / הכנסה משלימה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הכנסת / שכר עבודה</td> <td><input type="checkbox"/> אבטלה / נכות</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הטבות ליוצאי צבא</td> <td><input type="checkbox"/> תשלומי מזונות אישה / ילדים שהתקבלו</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הכנסות מריבית או דיבידנדים</td> <td><input type="checkbox"/> הכנסות מקצבה/פנסיה/מענק</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הכנסה לעצמאים</td> <td><input type="checkbox"/> אף אחד מבני משק הבית שלי אינו מרוויח או לא קיבל הכנסה בחודשיים האחרונים</td> </tr> </table> <p>אם ההכנסה השנתית ברוטו של כל בני משק הבית עומדת על אפס, אנא סמנו את התיבה המופיעה לעיל ולהלן, הוסיפו הסבר בכתב בדבר האופן שבו בני הבית המבוגרים מסוגלים לתמוך בכם ללא הכנסה (מזון, דיור, תשתיות וצרכים אחרים).</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> הכנסה מעסק / שכירות	<input type="checkbox"/> הכנסות שמקורן בביטוח לאומי / הכנסה משלימה	<input type="checkbox"/> הכנסת / שכר עבודה	<input type="checkbox"/> אבטלה / נכות	<input type="checkbox"/> הטבות ליוצאי צבא	<input type="checkbox"/> תשלומי מזונות אישה / ילדים שהתקבלו	<input type="checkbox"/> הכנסות מריבית או דיבידנדים	<input type="checkbox"/> הכנסות מקצבה/פנסיה/מענק	<input type="checkbox"/> הכנסה לעצמאים	<input type="checkbox"/> אף אחד מבני משק הבית שלי אינו מרוויח או לא קיבל הכנסה בחודשיים האחרונים
<input type="checkbox"/> הכנסה מעסק / שכירות	<input type="checkbox"/> הכנסות שמקורן בביטוח לאומי / הכנסה משלימה										
<input type="checkbox"/> הכנסת / שכר עבודה	<input type="checkbox"/> אבטלה / נכות										
<input type="checkbox"/> הטבות ליוצאי צבא	<input type="checkbox"/> תשלומי מזונות אישה / ילדים שהתקבלו										
<input type="checkbox"/> הכנסות מריבית או דיבידנדים	<input type="checkbox"/> הכנסות מקצבה/פנסיה/מענק										
<input type="checkbox"/> הכנסה לעצמאים	<input type="checkbox"/> אף אחד מבני משק הבית שלי אינו מרוויח או לא קיבל הכנסה בחודשיים האחרונים										
\$ _____	<p><b>עלויות שירותים בריאותיים:</b> סה"כ ההוצאות ששולמו מסיככם במשך תקופה בת 12 חודשים בגין שירותים בעלי הכרח רפואי או שירותי חירום שניתנו על ידי Kaiser Permanente או נותני שירות רפואי אחרים. הוצאות אלו כוללות: תשלום משותף, פיקדונות, ביטוח משותף, או השתתפות עצמית בגין שירותים רפואיים, שירותי בית מרקחת או שירותים דנטליים.</p>										

מספר רשומה רפואית	קשר	תאריך לידה	שם

**האם קיים ביטוח? Kaiser Permanente תוכל לסייע לכם.** אם אין לכם כיסוי בריאותי, אנו נוכל לסייע לכם בהבנת האפשרויות העומדות לרשותכם. אנא סמנו תיבה זו אם ברצונכם ש-Kaiser Permanente תיצור עמכם קשר ותשוחח עמכם על האפשרויות העומדות לרשותכם, או התקשרו אלינו במספר: (TTY 711) **1-800-479-5764** לקבלת הצעת מחיר.  כן, נא ליצור עמי קשר

הריני מצהיר שכל הפרטים המפורטים לעיל בבקשה זו הינם מדויקים, נכונים ומלאים בכל המובנים. כמו כן, הריני מאשר ומסכים כי אני אהיה חייב כלפי Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) לעניין כל הסכומים העומדים לתשלום לידי Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals בגין מוצרים ושירותים רפואיים שאינם בגדר הזכאות הניתנת על פי תוכנית זו ("הסכומים הנותרים").

**הערה:** ככל שלא נמסרו אסמכתאות בדבר רמת הכנסה, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals תשתמש במידע המסופק על ידי סוכנויות לדיווח אשראי צרכני ומקורות מידע שלישיים אחרים על מנת לקבוע את רמת הזכאות לתוכניות רפואיות פדרליות, מדינתיות ופרטיות, לרבות תוכנית הסיוע במימון טיפולים רפואיים.

בהגשת בקשה זו, הריני מעניק ל-KFH/HP רשות לבקש מידע מסוכנויות לדיווח אשראי צרכני ומקורות מידע שלישיים אחרים על מנת לאמת את המידע שנמסר בבקשה זו הנחשב להכרחי.

תאריך:	חתימה
--------	-------

ינקטו כל המאמצים הסבירים על מנת לטפל בבקשה שלכם בהקדם האפשרי, ולאחר בחינת הבקשה שלכם אתם תקבלו מכתב המאשר את תוצאות התהליך.

# 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) 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 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'ée', 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 binisíkeęs bee bich'í' anídahast'í'ígíí bá ahoot'i' nááná t'áá háida doo da'oo'íni 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 nitsídaakeęsígíí 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.