

កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA)

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព ឬវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកមាន ឬគ្រោងនឹងទទួលបានពី Kaiser Permanente កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA) របស់យើងប្រហែលជាអាចជួយអ្នកបាន។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំបានដោយបំពេញ និងដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំ រួមទាំងព័ត៌មានចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។

កម្មវិធីនេះដំណើរការដូចម្តេច

- កម្មវិធីនេះផ្តល់ជូននូវ "រង្វាន់" បណ្តោះអាសន្នដើម្បីជួយដល់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់យកទៅបង់សេវាថែទាំដោយផ្អែកលើតម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពួកគេ។
- កម្មវិធីនេះអាចចូលរួមបានសម្រាប់អ្នកជំងឺ Kaiser Permanente ទាំងអស់ មិនថាអ្នកជាសមាជិក ឬអត់នោះទេ។
- ប្រសិនបើបានទទួលរង្វាន់ កម្មវិធីនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់/ភ្លាមៗ ឬចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា Kaiser Permanente ឬនៅកន្លែងថែទាំរបស់ Kaiser Permanente ក្នុងរយៈពេលជាក់លាក់ណាមួយ។
- រង្វាន់នេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវាថែទាំសុខភាពដែលបានផ្តល់ និងចេញវិក្កយបត្រក្រៅពីកន្លែងថែទាំរបស់ Kaiser Permanente ទេ។

របៀបមានសិទ្ធិទទួលបាន

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌតម្រូវខាងក្រោម៖

1. ប្រាក់ចំណូលសរុបក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ពន្ធ និងប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុន) គឺ 400% ឬតិចជាងបន្ទាត់កម្រិតក្រីក្រសហព័ន្ធ។

ឬ

2. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំធ្មេញ និងឱសថក្នុងរយៈពេល 12 ខែគឺស្មើនឹង ឬច្រើនជាង 10% នៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នក។
 - ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរួមមាន ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន សហធានារ៉ាប់រង និងការទូទាត់ប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុន។
 - ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅមិនរាប់បញ្ចូលការទូទាត់ទាំងឡាយលើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកផ្ទាល់ ដូចជាបុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នកនោះទេ។

គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីបន្ទាត់កម្រិតក្រីក្រសហព័ន្ធ ឆ្នាំ 2024 (FPG)		
ប្រសិនបើ ទំហំសមាជិក ក្នុងផ្ទះ/ គ្រួសាររបស់ អ្នកគឺ៖	រង្វាន់ 100% សម្រាប់ប្រាក់ ចំណូលគ្រួសារសរុប ប្រចាំខែនៅត្រី ម ឬក្រោម 200% នៃ FPG	រង្វាន់ 50% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូល គ្រួសារសរុបប្រចាំខែ នៅចន្លោះ៖ 201% និង 400% នៃ FPG
1	រហូតដល់ \$2,510	\$2,511 ដល់ \$5,020
2	រហូតដល់ \$3,407	\$3,408 ដល់ \$6,813
3	រហូតដល់ \$4,303	\$4,304 ដល់ \$8,607
4	រហូតដល់ \$5,200	\$5,201 ដល់ \$10,400
5	រហូតដល់ \$6,097	\$6,098 ដល់ \$12,193
6	រហូតដល់ \$6,993	\$6,994 ដល់ \$13,987

ចូលទៅគេហទំព័រ aspe.hhs.gov/poverty ដើម្បីស្វែងរកគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់គ្រួសារមានសមាជិកច្រើន។

មានសំណួរ?







ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលក្ខណសម្បត្តិចូលរួមកម្មវិធី MFA ឬដើម្បីដឹងថាសេវាថែទាំសុខភាពណាមួយដែលកម្មវិធីបង់ជូន សូមចូលទៅកាន់ kp.org/mfa/scal (ជាភាសាអង់គ្លេស) ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-390-3507** (TTY 711) ឬស្ដេនលេខកូដនេះ។



ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជម្រើសធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-479-5764** (TTY 711)។

របៀបដាក់ពាក្យស្នើសុំ

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមវិធីណាមួយក៏បាន។

 <p>តាមអនឡាញ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA តាមអនឡាញ តាមរយៈ: kp.org/mfa/scal (ជាភាសាអង់គ្លេស) • ត្រូវត្រៀមផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័របន្ទាប់។
 <p>ផ្ញើទូរសារ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័រខាងក្រោម។ • ទូរសារពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរាល់ទៅលេខ 1-866-519-1693។
 <p>ផ្ញើសំបុត្រប្រៃសណីយ៍</p>	<ul style="list-style-type: none"> • បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័រខាងក្រោម។ • ផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរាល់ទៅ៖ Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 <p>យកដាក់នៅទីតាំងផ្ទាល់</p>	<ul style="list-style-type: none"> • បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័រខាងក្រោម។ • យកពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកទៅដាក់នៅផ្នែកចូលសម្រាកមន្ទីរពេទ្យ Kaiser Permanente ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។
 <p>ជួបជាមួយអ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ជួបជាមួយអ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុនៅឯកន្លែងថែទាំណាមួយដែលបានកំណត់របស់យើង ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងនៅ PST។ • ត្រូវត្រៀមផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័របន្ទាប់។
 <p>សូមទូរសព្ទមកយើង</p>	<ul style="list-style-type: none"> • សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-390-3507 (TTY 711) ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងនៅ PST។ • ត្រូវត្រៀមផ្តល់ព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័របន្ទាប់។

សំខាន់៖ នៅពេលដាក់ពាក្យតាមអនឡាញ តាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ ឬយកពាក្យស្នើសុំទៅដាក់នៅទីតាំងផ្ទាល់ សូមប្រាកដថាអ្នកបានបំពេញព័ត៌មានលើពាក្យស្នើសុំឱ្យបានច្រើនតាមដែលអ្នកអាចធ្វើបាន។ ការខ្វះព័ត៌មានអាចពន្យារពេលនៃដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក និងអាចបណ្តាលឱ្យមានការបដិសេធផ្តល់ជំនួយ។

ឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល

ការបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលគឺជាផ្នែកមួយសម្រាប់កំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ រួមទាំងឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកនឹងជួយក្នុងការបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវនៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការពិនិត្យ។ តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីឯកសារជាជម្រើសផ្សេងៗដែលត្រូវដាក់បញ្ជូនមកដោយយោងទៅតាមប្រភពប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។

ប្រភពប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ	ផ្តល់តែប្រភពចំណូលតែមួយគត់ក្នុងចំណោមប្រភពចំណូលខាងក្រោម
ប្រាក់ចំណូលពីអាជីវកម្ម/ការជួល	របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ឈ្នួលការងារ	ចុងសន្លឹកបើកប្រាក់ខែថ្មីៗ របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ទទួលបានប្រាក់សោធននិវត្តន៍/ការចូលនិវត្តន៍/ ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ	ចុងសន្លឹកបើកប្រាក់ខែថ្មីៗ របាយការណ៍ស្តីពីការទូទាត់ប្រាក់សោធននិវត្តន៍/ចូលនិវត្តន៍ របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ប្រាក់ចំណូលស្វ័យនិយោជន៍	ចុងសន្លឹកបើកប្រាក់ខែថ្មីៗ របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
របបសន្តិសុខសង្គម/ប្រាក់ចំណូលបន្ថែម	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម របាយការណ៍របបសន្តិសុខសង្គម
អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ/ ប្រាក់ចំណូលពិការភាព	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ/ ពិការភាព របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ប្រាក់ចំណូលអតីតយុទ្ធជន	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ VA របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ជំនួយរដ្ឋាភិបាល (ដូចជា Medicaid, TANF, SNAP, WIC ឬលំនៅឋានដែលមានប្រាក់ ចំណូលទាប)	លិខិតអនុញ្ញាតលើសិទ្ធិទទួលបាន
ចំណូលពីការប្រាក់ ឬភាគលាភ	លិខិតប្រកាសពន្ធថ្មីៗ
បានទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធ/កូន	លិខិតបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែដែលទទួលបាន សម្រាប់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬអាហារកិច្ចកូន
គ្មានប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ	ការបញ្ជាក់/ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុកបន្ទាប់ពីអ្នកដាក់ពាក្យ

បន្ទាប់ពីយើងពិនិត្យមើលពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងពីលទ្ធផលមួយក្នុងចំណោមលទ្ធផលខាងក្រោមក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបាន៖

- ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកទទួលបានការយល់ព្រម អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងមួយអំពីរដ្ឋាន់ហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកមិនពេញលេញទេ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយពន្យល់អំពីព័ត៌មានដែលត្រូវការ ដើម្បីដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬយកមកដាក់ផ្ទាល់នូវព័ត៌មានដែល បានស្នើសុំ។ ព័ត៌មាននេះមានដូចជា លិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល ឬច្បាប់ចម្លងនៃការចំណាយចេញពី ហោប៉ៅរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងមួយអំពីមូលហេតុ ដែលត្រូវបានបដិសេធ ដោយករណីនេះអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងចំពោះការសម្រេចរបស់យើងបាន។

ត្រូវការជំនួយ?

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ឬត្រូវការជំនួយអំពីពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ឬត្រូវការពិនិត្យមើលស្ថានភាពនៃ ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-390-3507 (TTY 711)** ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងនៅ PST។ អ្នកក៏អាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុនៅទីតាំង Kaiser Permanente ណាមួយបានផងដែរ។

សេវាកម្មដែលអាចទិញទំនិញបានរបស់មន្ទីរពេទ្យ

បញ្ជីនៃព័ត៌មានអំពីតម្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលអាចទិញទំនិញបានចំនួន 300 មាននៅគេហទំព័រ kp.org/price-transparency (ជាភាសាអង់គ្លេស)។ សេវាកម្មទាំងនេះអាចត្រូវបានកំណត់ពេលជាមុន ដោយអ្នកជំងឺ។ តម្លៃសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះមួយចំនួនគឺផ្អែកលើរយៈពេលធម្មតានៃការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងមិនផ្អែកលើការថែទាំបុគ្គលដែលអាចត្រូវបានទាមទារនោះទេ។

កម្មវិធីមានប្រយោជន៍ផ្សេងទៀត និងធនធានបន្ថែម

យើងនៅទីនេះដើម្បីផ្តល់ជំនួយដល់អ្នកតាមដែលយើងអាចធ្វើបាន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយសំខាន់ៗដូចជា អាហារ ផ្ទះសំបែង ការបង់សេវាអ៊ីនធឺណិត ឬសេវាសាធារណៈ និងសេវាច្រើនទៀត មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយសហគមន៍ Kaiser Permanente អាចជួយភ្ជាប់អ្នកទៅនឹងធនធាននៅក្នុងសហគមន៍របស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-6328 (TTY 711)** ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ឬចូលទៅគេហទំព័រ kp.org/socialhealth (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

ជួយបង់វិក្កយបត្ររបស់អ្នក

មានស្ថាប័នគាំពារអ្នកប្រើប្រាស់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលនឹងជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីដំណើរការចេញវិក្កយបត្រ និងទូទាត់ប្រាក់។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Consumer Alliance តាមលេខ **1-888-804-3536** ឬចូលទៅកាន់ healthconsumer.org ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

កម្មវិធីបណ្តឹងតវ៉ាវិក្កយបត្ររបស់មន្ទីរពេទ្យ

កម្មវិធីបណ្តឹងតវ៉ាវិក្កយបត្ររបស់មន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបានបដិសេធដោយមិនត្រឹមត្រូវនូវ ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយកម្មវិធីបណ្តឹងតវ៉ាវិក្កយបត្ររបស់មន្ទីរពេទ្យ។ សូមចូលទៅកាន់ HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម និងដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា។

ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA)

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះ:	លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ (មិនកម្រិត)
--------	--------------------------------------

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (មិនកម្រិត)	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គមទេ
------------------	---------------------------------	-----------------------------------------------------------

អាសយដ្ឋានផ្ទះបុគ្គលិកប្រចាំថ្ងៃ (ផ្លូវ)

ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
---------	------	-------------

តើបច្ចុប្បន្ននេះអ្នកជំងឺគ្មានផ្ទះសំបែងទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	លេខទូរសព្ទចម្បង <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទនៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទចល័ត <input type="checkbox"/> ការងារ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

តើអ្នកជំងឺបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីជំនួយពីរដ្ឋ ដូចជាកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារខ្វះខាត (TANF) ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC) លំនៅឋានដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ឬ Medicaid ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ

ទំហំគ្រួសារ: ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ (រួមទាំងអ្នក) ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ អាចមានដូចជា ប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូស្នេហាដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន កូន អ្នកមើលថែដែលមិនមែនជាឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិជាដើម។

ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ (ប្រចាំខែ): ប្រាក់ចំណូលសរុប (ប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ពន្ធ និងប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុន) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុលើសពី 18 ឆ្នាំ។ សូមគូសផឹកលើប្រភេទប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ:

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលពីអាជីវកម្ម/ការជួល | <input type="checkbox"/> របបសន្តិសុខសង្គម/ប្រាក់ចំណូលបន្ថែម |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ឈ្នួលការងារ | <input type="checkbox"/> អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ/ប្រាក់ចំណូលពីការភាព |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលអតីតយុទ្ធជន | <input type="checkbox"/> បានទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធកូន |
| <input type="checkbox"/> ចំណូលពីការប្រាក់ឬភាគលាភ | <input type="checkbox"/> ទទួលបានប្រាក់សោធននិវត្តន៍/ការចូលនិវត្តន៍/ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ |
| <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលស្វ័យនិយោជន៍ | <input type="checkbox"/> គ្មាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំកំពុងរកចំណូល ឬបានទទួលប្រាក់ចំណូលក្នុងរយៈពេល 2 ខែកន្លងមកនេះទេ |

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ស្មើសូន្យ សូមគូសផឹកប្រអប់បញ្ជាក់ខាងលើ និងខាងក្រោម ផ្តល់ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីរបៀបដែលសមាជិកគ្រួសារពេញវ័យក្នុងគ្រួសារជួយខ្លួនឯងដោយគ្មានប្រាក់ចំណូល ដូចជា អាហារ ទីជម្រក សេវាសាធារណៈ និងតម្រូវការផ្សេងទៀត។

\$ _____

<p>ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព: ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 12 ខែលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលផ្តល់ដោយ Kaiser Permanente ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ អាចមានដូចជា ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន ប្រាក់បញ្ញើ សហធានារ៉ាប់រង ឬការទូទាត់ប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុនសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឱសថស្ថាន ឬផ្ទេញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។</p>	\$ _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

សូមសរសេរព័ត៌មានសមាជិកទាំងអស់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនង	# កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

គ្មានធានារ៉ាប់រង? Kaiser Permanente អាចជួយបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពទេ យើងអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមជីកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យ Kaiser Permanente ទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីពិភាក្សាអំពីជម្រើសរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-479-5764 (TTY 711)** ដើម្បីទទួលបានសម្រង់តម្លៃ។

បាទ/ចាស សូមទាក់ទងមកខ្ញុំ

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមានចែងខាងលើនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញគ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះគម្រោង Kaiser Foundation Health Plan និងមន្ទីរពេទ្យ (KFH/HP) សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងអស់ដែលជំពាក់គម្រោង Kaiser Foundation Health Plan និងមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ទំនិញ និងសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបាននៅក្រោមកម្មវិធី ("ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសល់")។

សម្គាល់: នៅពេលដែលលិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលមិនត្រូវបានផ្តល់ជូន គម្រោង Kaiser Foundation Health Plan និងមន្ទីរពេទ្យ នឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពីទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ឥណទានអ្នកប្រើប្រាស់ និងប្រភពព័ត៌មានភាគីទីបីផ្សេងទៀត ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីវេជ្ជសាស្ត្រសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងឯកជន រួមទាំងកម្មវិធី MFA ផងដែរ។

តាមរយៈការដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំនេះ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ KFH/HP ដើម្បីស្នើសុំព័ត៌មានពីទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ឥណទានអ្នកប្រើប្រាស់ និងប្រភពព័ត៌មានភាគីទីបីផ្សេងទៀត ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ដែលចាត់ទុកថាចាំបាច់។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
----------	-------------

យើងនឹងខិតខំឱ្យអស់ពីកម្លាំងកាយចិត្តដើម្បីដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកភ្លាមៗ ហើយនៅពេលដែលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានពិនិត្យរួច អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយបញ្ជាក់ពីលទ្ធផល។

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 ដូចជាឯកសារអក្សរស្នាប 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 dorngx yaac duqv, yiem leiz-baaix-yietv mingh taux leiz-baaix-hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungx ndorm mingh taux 5 diemv ziangh hoc lungx hmuangx. Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jauv-louc tengx ziux goux wuaaic fangx mienh, dorh nyungc horngx sou zoux benx nzangc-pokc bun hluo, nqaapv bieqc domh zeiv-fangx, zoux benx waac-qiez bun muangx, aengx caux da'nyaic nyungc horngx 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'ínií 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, 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.