

## Программа финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания (Medical Financial Assistance, MFA)

Если вам требуется помощь в оплате медицинских услуг или отпускаемых по рецепту лекарств, которые вы уже получили или планируете получить от Kaiser Permanente, такая помощь может быть предоставлена в рамках нашей программы финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания (MFA). Чтобы подать заявку, заполните и отправьте соответствующую форму, указав в ней сведения о доходе домохозяйства.

### Как работает программа

- Эта программа предусматривает предоставление временных пособий для покрытия затрат заявителей, соответствующих критериям программы, на медицинское обслуживание в зависимости от их финансовых потребностей.
- Она доступна для всех пациентов Kaiser Permanente, в том числе тех, кто не является участником планов медицинского страхования.
- В случае предоставления пособия программа будет покрывать экстренное/неотложное или необходимое по медицинским показаниям обслуживание у поставщиков услуг Kaiser Permanente или в учреждениях Kaiser Permanente в течение указанного времени.
- Это пособие не распространяется на медицинские услуги, предоставляемые не учреждениями Kaiser Permanente, и счета на оплату, выставленные ими.

### Условия включения в программу

Чтобы получить право на участие в программе, вы должны соответствовать **ОДНОМУ** из приведенных ниже наборов критериев:

1. Ваш совокупный доход домохозяйства (до уплаты налогов и прочих вычетов) не превышает 400 % федерального прожиточного минимума.

### ИЛИ

2. Ваши собственные расходы на экстренное или необходимое по медицинским показаниям обслуживание, стоматологическую помощь и медикаментозное лечение за 12-месячный период составили 10 и более процентов совокупного дохода вашего домохозяйства.
  - К собственным расходам относятся доплаты пациентов, их доля в оплате и безусловные франшизы.
  - Не считаются собственными расходами любые платежи за сам план медицинского страхования, например ежемесячные страховые взносы.

### Федеральный прожиточный минимум (Federal Poverty Guidelines, FPG) на 2024 г.

Количество членов домохозяйства/семьи:	Пособие в размере 100 % — если совокупный ежемесячный доход домохозяйства не превышает 200 % FPG	Пособие в размере 50 % — если совокупный ежемесячный доход домохозяйства составляет от 201 % до 400 % FPG
1	До \$2,510	От \$2,511 до \$5,020
2	До \$3,407	От \$3,408 до \$6,813
3	До \$4,303	От \$4,304 до \$8,607
4	До \$5,200	От \$5,201 до \$10,400
5	До \$6,097	От \$6,098 до \$12,193
6	До \$6,993	От \$6,994 до \$13,987

Суммы для домохозяйств с большим количеством членов см. на странице [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty).

### Есть вопросы?

Чтобы получить более подробную информацию об условиях программы MFA или узнать, на какие медицинские услуги она распространяется, перейдите на страницу [kp.org/mfa/scal](https://kp.org/mfa/scal) (на английском языке), позвоните по номеру **1-800-390-3507** (TTY: 711) или отсканируйте этот код.

Чтобы узнать больше о дополнительных вариантах покрытия медицинского обслуживания, позвоните нам по телефону **1-800-479-5764** (TTY: 711).



### Как подать заявку

Если вы соответствуете требованиям программы, можете подать заявку любым из описанных ниже способов.

 <p>Через Интернет</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заполните заявку на участие в программе MFA онлайн на странице <a href="http://kp.org/mfa/scal">kp.org/mfa/scal</a>.</li> <li>Будьте готовы предоставить всю информацию, приведенную в форме заявки на участие в программе MFA на следующей странице.</li> </ul>
 <p>По факсу</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заполните заявку на участие в программе MFA на следующей странице.</li> <li>Отправьте заполненную заявку по факсу на номер <b>1-866-519-1693</b>.</li> </ul>
 <p>По почте</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заполните заявку на участие в программе MFA на следующей странице.</li> <li>Отправьте заполненную заявку почтой по адресу: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li> </ul>
 <p>Подать лично</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заполните заявку на участие в программе MFA на следующей странице.</li> <li>Оставьте заполненную заявку в приемном отделении местной больницы Kaiser Permanente.</li> </ul>
 <p>Обратиться к финансовому консультанту</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обратитесь к финансовому консультанту в одном из определенных нами учреждений. Финансовые консультанты работают с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по тихоокеанскому стандартному времени (Pacific Standard Time, PST).</li> <li>Будьте готовы предоставить всю информацию, приведенную в форме заявки на участие в программе MFA на следующей странице.</li> </ul>
 <p>По телефону</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обращайтесь к нам по телефону <b>1-800-390-3507</b> (TTY: <b>711</b>) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по времени PST.</li> <li>Будьте готовы предоставить информацию, приведенную в форме заявки на участие в программе MFA на следующей странице.</li> </ul>

**Важно!** Каким бы способом вы ни подавали заявку — через Интернет, по почте, факсом или лично, предоставляйте как можно больше информации. Отсутствие каких-либо данных в заявке может замедлить ее рассмотрение и стать основанием для отказа в предоставлении финансовой помощи.

### Документация для подтверждения доходов

Подтверждение доходов — необходимый этап для определения вашего права на финансовую помощь для оплаты медицинского обслуживания. Если к заполненной заявке прилагаются документы, подтверждающие доходы, в процессе ее рассмотрения легче проверить точность сведений о доходах. В таблице ниже указано, какие документы необходимо дополнительно предоставить в зависимости от источников доходов вашего домохозяйства.

<b>Источники доходов домохозяйства</b>	<b>Для каждого источника дохода предоставьте только один из предлагаемых вариантов подтверждения</b>
Доход от предпринимательской деятельности / аренды	Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Доход от трудовой деятельности / заработная плата	Последние расчетные листы Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Пенсионный доход / выходное пособие / ежегодные выплаты, установленные договором	Последние расчетные листы Справка о размере пенсии / выходного пособия, прочих выплат Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Доход самозанятого лица	Последние расчетные листы Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Социальные выплаты / дополнительный гарантированный доход	Справка о назначении пособия, выданная управлением социального обеспечения Справка, выданная органом социального обеспечения
Пособие по безработице/инвалидности	Справка о назначении пособия по безработице/инвалидности Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Пособие для ветеранов	Справка о назначении пособия от Министерства по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs, VA) Действительные справки о доходах и налогах (формы W-2, 1099) или налоговая декларация
Государственная помощь (например, по программам Medicaid, оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), обеспечения дополнительного питания для женщин и детей грудного и старшего возраста (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) или предоставления социального жилья)	Справка, подтверждающая право на участие в соответствующей программе
Доход в виде процентов или дивидендов	Последняя налоговая декларация
Выплаты на содержание ребенка / алименты, выплачиваемые супругу(-е)	Справка о совокупном месячном доходе, полученном для содержания ребенка, или о размере алиментов
Отсутствие доходов у домохозяйства	Письменное подтверждение/разъяснение

### Чего ожидать после подачи заявки

В течение тридцати (30) дней с момента получения заполненной вами заявки мы проинформируем вас о результатах ее рассмотрения:

- Если заявка одобрена, вы получите письменное уведомление о предоставлении денежного пособия.
- Если заявка не содержит всей необходимой информации, вы получите письмо, в котором будет указано, какая информация требуется для обработки вашей заявки. Запрашиваемую информацию, например подтверждение доходов или копии документов о ваших собственных расходах, можно отправить по почте или предоставить лично.
- Если заявка отклонена, вы получите письмо с указанием причин отказа, и в этом случае у вас есть право подать апелляцию на наше решение.

### Нужна помощь?

Если у вас возникли вопросы, вам требуется помощь в подаче заявки или нужно уточнить ее статус, обращайтесь по телефону **1-800-390-3507** (TTY: **711**) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по времени PST. Кроме того, вы можете пообщаться с финансовым консультантом в любом учреждении Kaiser Permanente.

### Доступные для приобретения услуги больниц с заранее установленной стоимостью

На сайте [kp.org/price-transparency](http://kp.org/price-transparency) (на английском языке) приведены расценки на 300 доступных для приобретения услуг с заранее установленной стоимостью. Получение этих услуг пациенты могут планировать заранее. Цены на некоторые из них зависят от стандартной продолжительности пребывания в больнице, а не от индивидуального обслуживания, которое может потребоваться.

### Другие программы предоставления покрытия и дополнительные ресурсы

Мы готовы оказать вам любую поддержку. Если вам нужна помощь в решении таких жизненно важных вопросов, как питание, жилье, оплата доступа в Интернет или других коммунальных услуг, Центр поддержки в рамках сообщества (Community Support Hub) Kaiser Permanente поможет вам воспользоваться необходимыми ресурсами по месту жительства. Звоните по номеру **1-800-443-6328** (TTY: **711**) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 или посетите сайт [kp.org/socialhealth](http://kp.org/socialhealth) (на английском языке).

### Помощь в оплате счетов

Существуют организации защиты прав потребителей, которые бесплатно помогут вам понять процедуру выставления и оплаты счетов. Дополнительную информацию можно получить в организации Health Consumer Alliance (Союз потребителей услуг здравоохранения) по телефону **1-888-804-3536** или на сайте [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

### Программа Hospital Bill Complaint

Программа Hospital Bill Complaint — это программа штата, которая проверяет решения больниц по поводу вашего права на получение помощи в оплате выставленных ими счетов. Если вы считаете, что вам отказали в финансовой помощи по ошибке, вы можете подать жалобу в программу Hospital Bill Complaint. Чтобы получить дополнительную информацию или подать жалобу, посетите сайт [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).

## Заявка на участие в программе финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания (Medical Financial Assistance, MFA)

### Раздел 1. Сведения о пациенте

ИМЯ И ФАМИЛИЯ		НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)		
<input type="checkbox"/> У меня нет номера социального страхования			
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (УЛИЦА, НОМЕР ДОМА)			
ГОРОД		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Пациент в настоящее время является бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	<input type="checkbox"/> Домашний <input type="checkbox"/> Мобильный <input type="checkbox"/> Рабочий <input type="checkbox"/> Другой

Пациент зарегистрирован в программах помощи, предоставляемых штатом, например в программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), программе обеспечения дополнительного питания для женщин и детей грудного и старшего возраста (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC), программах предоставления социального жилья или Medicaid?  Да  Нет

### Раздел 2. Сведения о домохозяйстве

**Количество членов домохозяйства.** Количество членов домохозяйства (включая вас), которые живут в вашем доме. Учитывайте супруга(-у) или сожителя (сожительницу) согласно критериям, детей, опекунов не из числа родителей, родственников и т. д.

**Доход домохозяйства (ежемесячный).** Сумма совокупного дохода (до уплаты налогов и прочих вычетов) всех членов домохозяйства старше 18 лет. Отметьте ВСЕ подходящие типы доходов:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Доход от предпринимательской деятельности / аренды | <input type="checkbox"/> Социальные выплаты / дополнительный гарантированный доход                                |
| <input type="checkbox"/> Доход от трудовой деятельности / заработная плата  | <input type="checkbox"/> Пособие по безработице/инвалидности  |
| <input type="checkbox"/> Пособие для ветеранов                              | <input type="checkbox"/> Выплаты на содержание ребенка / алименты, выплачиваемые супругу(-е)                      |
| <input type="checkbox"/> Доход в виде процентов или дивидендов              | <input type="checkbox"/> Пенсионный доход / выходное пособие / ежегодные выплаты, установленные договором         |
| <input type="checkbox"/> Доход самозанятого лица                            | <input type="checkbox"/> В моем домохозяйстве никто не имеет заработка или не получал доход за последние 2 месяца |

Если совокупный годовой доход всех членов домохозяйства равен нулю, подтвердите это, отметив соответствующее поле выше, и ниже письменно поясните, как взрослые члены домохозяйства обеспечивают свои потребности, например в еде, жилье, коммунальных услугах, и прочие нужды, не имея дохода.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Расходы на медицинское обслуживание.** Общая сумма собственных расходов за 12 месяцев на экстренную помощь или необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставленные Kaiser Permanente или любым другим поставщиком медицинских услуг. Расходы могут включать доплаты, залоги, доли в оплате или безусловные франшизы относительно соответствующих требованиям услуг медицинского, стоматологического и фармацевтического профиля.

\$ \_\_\_\_\_

Перечислите всех членов домохозяйства, которое подает заявку на получение финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания.

Имя и фамилия	Дата рождения	Степень родства / характер отношений	№ медицинской карты
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**У вас нет страховки? Kaiser Permanente к вашим услугам.** Если у вас нет медицинского страхового покрытия, мы можем помочь вам изучить доступные варианты. Отметьте этот пункт, если вы хотите, чтобы представитель Kaiser Permanente связался с вами и обсудил доступные варианты. Или же вы можете позвонить нам по номеру **1-800-479-5764** (TTY: **711**) и получить предложение.

Да, свяжитесь со мной

Настоящим заявляю, что вся изложенная выше информация в данной заявке является во всех отношениях верной, точной и полной. Кроме того, я подтверждаю и признаю свои обязательства перед Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) за все суммы, причитающиеся Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals за медицинские изделия и услуги, на которые не распространяется данная программа («Остаточные суммы»).

**Примечание.** В случае непредоставления документов, подтверждающих доход, чтобы определить соответствие критериям федеральных программ, программ штата, а также частных медицинских программ, в том числе программы MFA, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals будет использоваться информацию агентств, занимающихся сбором данных о потребительском кредитовании, и другие сторонние источники информации.

Подавая эту заявку, я разрешаю KFH/HP обращаться за информацией в агентства, занимающиеся сбором данных о потребительском кредитовании, и к другим сторонним источникам информации для проверки сведений, содержащихся в этой заявке, если это будет необходимо.

подпись

ДАТА

Мы приложим все обоснованные усилия для своевременной обработки вашей заявки, и после ее рассмотрения вы получите письмо с информацией о результатах.

# 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 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: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນຸ່ມ, 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'nyaic 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'ée (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'ée abínígo tseebíí bik'i dahazk'ęęzgo dóo yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjí' ná áá'át'ée. T'áá háida bits'íí' dóo binisíkeęs 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'ashchínígi ałdo' hóló nááná saad bik'i naha'níígií 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.