

## Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

Si necesita ayuda para pagar los servicios de atención médica o los medicamentos recetados que ha recibido o recibirá de Kaiser Permanente, nuestro programa de MFA (Medical Financial Assistance, Asistencia Financiera para Gastos Médicos) puede ayudarle. Para participar en el programa, complete y envíe una solicitud, donde debe incluir información sobre los ingresos de su hogar.

### Cómo funciona el programa

- El programa ofrece “compensaciones” temporales para ayudar a los solicitantes calificados a pagar por la atención según sus necesidades financieras.
- Está disponible para todos los pacientes de Kaiser Permanente, independientemente de que sean miembros o no.
- Si es admitido en el programa, se cubrirá la atención de emergencia/urgencia o medicamento necesaria brindada por proveedores de Kaiser Permanente o en centros de atención de Kaiser Permanente durante un tiempo específico.
- La compensación no se aplica a los servicios de atención médica brindados y facturados fuera de los centros de atención de Kaiser Permanente.

### Cómo calificar para el programa

Para calificar, debe cumplir **UNO** de los siguientes conjuntos de criterios:

1. El ingreso bruto de su hogar (ingreso antes de impuestos y deducciones) es 400 % o menos del nivel federal de pobreza.

#### O BIEN

2. Sus gastos de bolsillo en atención de emergencia o medicamento necesaria, atención dental y medicamentos durante un periodo de 12 meses son iguales o superiores al 10 % del ingreso bruto de su hogar.
  - Los gastos de bolsillo incluyen copagos, coseguros y deducibles.
  - Los gastos de bolsillo no incluyen ningún pago a su plan de salud en sí, como la prima mensual.

Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) para 2024		
Número de personas en su hogar/familia:	Una compensación del 100 % por ingreso bruto mensual del hogar igual o inferior al 200 % de las FPG	Una compensación del 50 % por ingreso bruto mensual del hogar entre el 201 % y el 400 % de las FPG
1	Hasta \$2,510	De \$2,511 a \$5,020
2	Hasta \$3,407	De \$3,408 a \$6,813
3	Hasta \$4,303	De \$4,304 a \$8,607
4	Hasta \$5,200	De \$5,201 a \$10,400
5	Hasta \$6,097	De \$6,098 a \$12,193
6	Hasta \$6,993	De \$6,994 a \$13,987

Visite [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) si quiere ver las pautas para hogares más grandes.

### ¿Tiene alguna pregunta?







Si necesita más información sobre los requisitos del programa de MFA o quiere conocer qué servicios de atención médica cubre, visite [kp.org/mfa/scal](https://kp.org/mfa/scal) (en inglés), llame al **1-800-390-3507** (TTY 711) o escanee este código.

Para obtener más información sobre las opciones de cobertura de atención médica, llámenos al **1-800-479-5764** (TTY 711).



## Cómo presentar la solicitud

Si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, puede solicitar la MFA de cualquiera de estas maneras.

 <p>En internet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete en línea la solicitud para la MFA en <a href="http://kp.org/mfa/scal">kp.org/mfa/scal</a> (en inglés).</li> <li>• Tenga a la mano toda la información que figura en la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> </ul>
 <p>Por fax</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> <li>• Envíe la solicitud completada al <b>1-866-519-1693</b>.</li> </ul>
 <p>Por correo postal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> <li>• Envíe la solicitud completada a la siguiente dirección: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086</li> </ul>
 <p>En persona</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> <li>• Entregue la solicitud completada en el Departamento de Admisión de su hospital local de Kaiser Permanente.</li> </ul>
 <p>Reunión con un asesor financiero</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reúnase con un asesor financiero en uno de nuestros centros designados, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico).</li> <li>• Tenga a la mano toda la información que figura en la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> </ul>
 <p>Por teléfono</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comuníquese con nosotros al <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b>, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico).</li> <li>• Tenga a la mano la información que figura en la solicitud de la MFA en la página siguiente.</li> </ul>

**Importante:** Cuando presente la solicitud en internet, por correo, por fax o en persona, asegúrese de completarla lo mejor que pueda. La falta de información puede demorar el procesamiento de su solicitud y ocasionar que se rechace la asistencia.

### Documentación de prueba de ingresos

La verificación de ingresos es parte del proceso que determina si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera destinada a cubrir gastos médicos. Incluir documentación que pruebe sus ingresos junto con la solicitud completada ayudará a confirmar la exactitud de sus ingresos durante el proceso de revisión. La siguiente tabla enumera los documentos opcionales que debería presentar según las fuentes de ingresos de su hogar.

<b>Fuentes de ingresos familiares</b>	<b>Proporcione solo uno de los siguientes por fuente de ingresos</b>
Ingresos comerciales o de alquileres	Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingreso laboral o salario	Talones de pago recientes Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades	Talones de pago recientes Estado de pagos de pensión o jubilación Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos por trabajo autónomo	Talones de pago recientes Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario	Carta de verificación de beneficios de la Administración del Seguro Social Declaración del Seguro Social
Ingresos por desempleo o incapacidad	Carta de verificación de beneficios por desempleo o incapacidad Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Ingresos por veterano	Carta de verificación de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes
Asistencia gubernamental (p. ej., Medicaid, TANF, SNAP, WIC o vivienda para personas de bajos ingresos)	Carta de aprobación de elegibilidad
Ingresos por intereses o dividendos	Declaración de impuestos reciente
Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos	Una carta que muestre los ingresos brutos mensuales recibidos para manutención de los hijos o pensión alimenticia
Sin ingresos en el hogar	Declaración o explicación por escrito

---

## Qué esperar después de presentar la solicitud

Después de revisar su solicitud, le informaremos uno de los siguientes resultados dentro de los treinta (30) días posteriores a su recepción:

- Si la solicitud se aprueba, recibirá una carta que le notificará su reconocimiento financiero.
- Si la solicitud está incompleta, recibirá una carta que detallará la información necesaria para procesar su solicitud. Puede enviar la información requerida por correo postal o entregarla en persona, esto podría incluir prueba de ingresos o copias de sus gastos de bolsillo.
- Si la solicitud se rechaza, recibirá una carta que le notificará la razón y tendrá la posibilidad de apelar la decisión.

## ¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda con la solicitud o quiere verificar su estado, llame al **1-800-390-3507 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico). También puede hablar con un asesor financiero en cualquier centro de Kaiser Permanente.

## Servicios hospitalarios comparables

En [kp.org/price-transparency](http://kp.org/price-transparency) (en inglés) puede encontrar una lista con información sobre precios para 300 servicios con opción de compra. Estos servicios pueden ser programados con antelación por un paciente. Los precios de algunos de estos servicios se basan en la duración típica de una hospitalización y no en la atención individual que pueda requerirse.

## Otros programas de beneficios y recursos adicionales

Estamos aquí para ayudarle en todo lo que podamos. Si necesita ayuda con cuestiones esenciales como comida, vivienda, el pago de internet u otros servicios públicos, y más, el Centro Virtual de Apoyo Comunitario de Kaiser Permanente puede conectarle con recursos en su comunidad.

Llame al **1-800-443-6328 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., o visite [kp.org/socialhealth](http://kp.org/socialhealth) (haga clic en “Español”).

## Ayuda para pagar su factura

Hay organizaciones de defensa del consumidor sin costo que le ayudarán a entender los procesos de facturación y pago de la atención médica. Puede comunicarse con la Health Consumer Alliance (Alianza de Salud del Consumidor) al **1-888-804-3536** o visitar [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) para obtener más información.

## Programa de reclamos de facturas hospitalarias

Se trata de un programa estatal en el que se revisan las decisiones hospitalarias sobre si la persona reúne los requisitos para recibir ayuda con el pago de la factura del hospital. Si considera que le denegaron ayuda financiera indebidamente, puede presentar un reclamo ante el Hospital Bill Complaint Program (Programa de reclamo de facturas hospitalarias). Visite [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) para obtener más información y presentar un reclamo.

## Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

### Sección 1: Información del paciente

NOMBRE		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (OPCIONAL)	
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)		
<input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social			
DIRECCIÓN POSTAL (CALLE)			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
¿Actualmente el paciente no tiene vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro
¿Está el paciente inscrito en un programa de asistencia estatal como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP); Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF); Mujeres, Bebés y Niños (WIC); viviendas para personas de bajos ingresos o Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

### Sección 2: Información del hogar

<p><b>Cantidad de integrantes de la familia:</b> Número de miembros de la familia (incluido usted) que viven en su hogar. Esto puede incluir a su cónyuge o pareja doméstica calificada, hijos, un cuidador que no sea la madre/el padre, familiares, etc.</p>											
<p><b>Ingresos familiares (mensual):</b> Ingreso bruto total (ingreso antes de impuestos y deducciones) de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Marque TODOS los tipos de ingresos que correspondan:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos comerciales o de alquileres</td> <td><input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingreso laboral o salario</td> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo o incapacidad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por veterano</td> <td><input type="checkbox"/> Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos</td> <td><input type="checkbox"/> Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo autónomo</td> <td><input type="checkbox"/> Nadie en mi hogar recibe o ha recibido ingresos en los últimos 2 meses</td> </tr> </table> <p>Si el ingreso bruto anual de todos los miembros del hogar es cero, marque la casilla de certificación arriba y abajo, proporcione una explicación por escrito sobre cómo los miembros adultos de la familia se mantienen sin ingresos, es decir, alimentos, albergue, servicios públicos y otras necesidades.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> Ingresos comerciales o de alquileres	<input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario	<input type="checkbox"/> Ingreso laboral o salario	<input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo o incapacidad	<input type="checkbox"/> Ingresos por veterano	<input type="checkbox"/> Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos	<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos	<input type="checkbox"/> Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades	<input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo autónomo	<input type="checkbox"/> Nadie en mi hogar recibe o ha recibido ingresos en los últimos 2 meses	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos comerciales o de alquileres	<input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario										
<input type="checkbox"/> Ingreso laboral o salario	<input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo o incapacidad										
<input type="checkbox"/> Ingresos por veterano	<input type="checkbox"/> Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos										
<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos	<input type="checkbox"/> Ingresos recibidos por pensión, jubilación, anualidades										
<input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo autónomo	<input type="checkbox"/> Nadie en mi hogar recibe o ha recibido ingresos en los últimos 2 meses										
<p><b>Costos de la atención médica:</b> Gastos de bolsillo totales que tuvo durante un periodo de 12 meses por servicios de emergencia o medicamento necesarios proporcionados por Kaiser Permanente o cualquier otro proveedor de atención médica. Puede incluir copagos, depósitos, coseguros o deducibles por servicios médicos, de farmacia o dentales elegibles.</p>	\$ _____										

**Indique todos los miembros de su hogar que aplican al Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos.**

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	N.º de historia clínica
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**¿No tiene seguro? Kaiser Permanente puede ayudar.** Si no tiene cobertura de atención médica, podemos ayudarle a comprender sus opciones. Marque esta casilla si desea que Kaiser Permanente se comunice con usted para hablar sobre sus opciones. O bien puede llamarnos al **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obtener una cotización.

Sí, comuníquense conmigo

Por la presente declaro que toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera, precisa y completa en todos los aspectos. También reconozco y acepto que soy responsable ante Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals (KFH/HP) de todos los montos adeudados a KFH/HP por servicios y artículos médicos que no sean elegibles según el programa (los "Saldos").

**Nota:** Cuando no se proporcione prueba de ingresos, Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals utilizarán la información de las agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros a fin de determinar la elegibilidad para programas médicos federales, estatales y privados, incluido el programa de MFA.

Al enviar esta solicitud, autorizo a KFH/HP a obtener información de las agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros para verificar cualquier dato proporcionado en esta solicitud que se considere necesario.

FIRMA	FECHA
-------	-------

Haremos todos los esfuerzos razonables para procesar su solicitud de manera oportuna. Una vez revisada, recibirá una carta confirmando el resultado.

# 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: 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 hlou, 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'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'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 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 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.