

Програма фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування (Medical Financial Assistance, MFA)

Якщо ви потребуєте допомоги з оплатою медичних послуг або лікарських засобів за рецептами, які ви вже отримали чи плануєте отримати від Kaiser Permanente, таку допомогу може бути надано за нашою програмою фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування (MFA). Ви можете заповнити й подати відповідну заявку, зазначивши в ній відомості про дохід домогосподарства.

Як працює програма

- Програма передбачає тимчасові виплати, що допоможуть заявникам, які відповідають умовам програми, оплачувати медичне обслуговування залежно від їхніх фінансових потреб.
- Вона доступна для всіх пацієнтів Kaiser Permanente, навіть якщо вони не є учасниками планів страхування.
- Якщо виплати буде надано, програма покриватиме екстрене/невідкладне або необхідне за медичними показаннями обслуговування від постачальників послуг Kaiser Permanente або в установах Kaiser Permanente протягом установленого часу.
- Виплата за програмою не поширюється на медичні послуги, надані поза установами Kaiser Permanente, і на відповідні виставлені рахунки.

Критерії участі в програмі

Щоб мати право на участь у програмі, ви повинні відповідати **ОДНОМУ** з наведених нижче наборів критеріїв:

- Ваш сукупний дохід домогосподарства (до сплати податків та інших відрахувань) не перевищує 400 % федерального прожиткового мінімуму.

АБО

- Рівень власних витрат на екстрене або необхідне за медичними показаннями обслуговування, стоматологічну допомогу й медикаментозне лікування протягом 12 місяців становить 10 і більше відсотків сукупного доходу вашого домогосподарства.
 - До власних витрат належать доплати пацієнтів, їхні частки в оплаті, а також франшизи.
 - Власними витратами не вважаються будь-які платежі за сам план медичного страхування, як-от щомісячні страхові внески.

Федеральний прожитковий мінімум (Federal Poverty Guidelines, FPG) на 2024 рік

Кількість осіб у домогосподарстві/ сім'ї:	Виплата в розмірі 100 % — якщо сукупний місячний дохід домогосподарства не перевищує 200 % FPG	Виплата в розмірі 50 % — якщо сукупний місячний дохід домогосподарства становить від 201 % до 400 % FPG
1	До \$2,510	Від \$2,511 до \$5,020
2	До \$3,407	Від \$3,408 до \$6,813
3	До \$4,303	Від \$4,304 до \$8,607
4	До \$5,200	Від \$5,201 до \$10,400
5	До \$6,097	Від \$6,098 до \$12,193
6	До \$6,993	Від \$6,994 до \$13,987

Суми для домогосподарств із більшою кількістю членів див. на сторінці aspe.hhs.gov/poverty.

Маєте запитання?







Щоб отримати додаткову інформацію про умови участі в програмі MFA або дізнатися, які медичні послуги вона покриває, відвідайте сайт kp.org/mfa/scal (англійською мовою), зателефонуйте за номером **1-800-390-3507** (ТТУ: **711**) або відскануйте цей код.

Щоб дізнатися про додаткові можливості страхового покриття медичного обслуговування, зателефонуйте нам за номером **1-800-479-5764** (ТТУ: **711**).



Як подати заявку

Якщо ви відповідаєте вимогам програми, можете подати заявку будь-яким із наведених способів.

 <p>В Інтернеті</p>	<ul style="list-style-type: none"> Заповніть заявку на участь у програмі MFA онлайн на сторінці kp.org/mfa/scal. Будьте готові надати всі відомості згідно з формою заявки на участь у програмі MFA, яку наведено на наступній сторінці.
 <p>Факсом</p>	<ul style="list-style-type: none"> Заповніть форму заявки на участь у програмі MFA, наведену на наступній сторінці. Надішліть заповнену заявку факсом за номером 1-866-519-1693.
 <p>Поштою</p>	<ul style="list-style-type: none"> Заповніть форму заявки на участь у програмі MFA, наведену на наступній сторінці. Надішліть заповнену заявку за адресою: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 7086 Pasadena, CA 91109-7086
 <p>Надати особисто</p>	<ul style="list-style-type: none"> Заповніть форму заявки на участь у програмі MFA, наведену на наступній сторінці. Залиште заповнену заявку в приймальному відділенні місцевої лікарні Kaiser Permanente.
 <p>Звернутися до фінансового консультанта</p>	<ul style="list-style-type: none"> Зверніться до фінансового консультанта в одній із визначених нами установ. Фінансові консультанти працюють із понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00 за тихоокеанським стандартним часом (Pacific Standard Time, PST). Будьте готові надати всі відомості згідно з формою заявки на участь у програмі MFA, яку наведено на наступній сторінці.
 <p>Телефоном</p>	<ul style="list-style-type: none"> Зателефонуйте нам за номером 1-800-390-3507 (TTY: 711) з понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00 за часом PST. Будьте готові надати відомості згідно з формою заявки на участь у програмі MFA на наступній сторінці.

Важливо! У який би спосіб ви не подавали заявку — онлайн, поштою, факсом чи особисто, намагайтеся надати якомога більше інформації. Відсутність якихось відомостей може сповільнити обробку вашої заявки й призвести до відмови в наданні допомоги.

Документація для підтвердження доходів

Підтвердження доходів — це один з етапів, необхідних для визначення вашого права на фінансову допомогу для оплати медичного обслуговування. Якщо до заповненої заявки додаються документи, що підтверджують доходи, це полегшує перевірку точності відомостей про доходи в процесі розгляду. У таблиці нижче наведено додаткові документи, які необхідно надати, залежно від джерел доходу вашого домогосподарства.

Джерела доходу домогосподарства	Надайте лише один із наведених нижче варіантів підтвердження для кожного джерела доходу
Дохід від підприємницької діяльності / оренди	Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Дохід від трудової діяльності / заробітна плата	Останні розрахункові листи Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Пенсійний дохід / вихідна допомога / щорічні виплати за договором	Останні розрахункові листи Довідка про розмір пенсії, вихідної допомоги, інших виплат Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Дохід самозайнятої особи	Останні розрахункові листи Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Соціальні виплати / додатковий гарантований дохід	Довідка про призначення допомоги, видана управлінням соціального захисту Довідка, видана органом соціального захисту
Допомога з безробіття/інвалідності	Довідка про призначення допомоги з безробіття/інвалідності Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Пенсія для ветеранів	Довідка про призначення пенсії з Міністерства в справах ветеранів (Department of Veterans Affairs, VA) Нещодавно отримані довідки про доходи та податки (за формами W-2, 1099) або податкова декларація
Державна допомога (наприклад, за програмами Medicaid, надання тимчасової допомоги нужденним сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), додаткової продовольчої допомоги (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), забезпечення додаткового харчування для жінок, немовлят і дітей старшого віку (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) або надання соціального житла)	Довідка, що підтверджує право на участь у відповідній програмі
Проценти або дивіденди	Остання податкова декларація
Виплати на утримання дитини / аліменти, що виплачуються чоловіку (дружині)	Довідка про сукупний місячний дохід на утримання дитини або розмір аліментів
Відсутність доходів у домогосподарстві	Письмове підтвердження/пояснення

Чого чекати після подання заявки

Протягом тридцяти (30) днів з отримання вашої заявки ми поінформуємо вас про результати її розгляду:

- У разі схвалення заявки ви отримаєте письмове сповіщення про надання фінансової допомоги.
- Якщо в заявці бракує якоїсь інформації, ви отримаєте листа, де буде зазначено, яка інформація необхідна для обробки вашої заявки. Потрібну інформацію, як-от підтвердження доходу або копії документів про власні витрати, можна надіслати поштою чи подати особисто.
- Якщо заявку відхилено, ви отримаєте листа із зазначенням причин відмови та в такому разі матимете право подати апеляцію на наше рішення.

Потрібна допомога?

Якщо у вас виникли питання, вам потрібна допомога з оформленням заявки або необхідно з'ясувати стан її розгляду, зателефонуйте за номером **1-800-390-3507** (ТТУ: **711**) з понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00 за часом PST. Крім того, ви можете звернутися до фінансового консультанта в будь-якій установі Kaiser Permanente.

Доступні для придбання послуги лікарень із заздалегідь установленою вартістю

На вебсайті kp.org/price-transparency (англійською мовою) указано ціни для 300 доступних для придбання послуг із заздалегідь установленою вартістю. Пацієнти можуть запланувати отримання цих послуг заздалегідь. Ціни на деякі із цих послуг залежать від типової тривалості перебування в лікарні, а не від індивідуального обслуговування, яке може знадобитися.

Інші програми надання покриття й додаткові ресурси

Ми готові надати вам будь-яку підтримку. Якщо вам потрібна допомога у вирішенні важливих питань, як-от харчування, житло, оплата послуг Інтернету або інших побутових послуг, Центр підтримки в межах спільноти (Community Support Hub) Kaiser Permanente допоможе вам отримати доступ до необхідних ресурсів за місцем проживання. Телефонуйте за номером **1-800-443-6328** (ТТУ: **711**) з понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00 або відвідайте сайт kp.org/socialhealth (англійською мовою).

Допомога з оплатою рахунків

Існують організації, що надають безкоштовні послуги захисту прав споживачів. Вони допоможуть вам розібратися в процесах виставлення й оплати рахунків. Щоб отримати додаткову інформацію, зателефонуйте в організацію Health Consumer Alliance (Союз споживачів послуг з охорони здоров'я) за номером **1-888-804-3536** або зайдіть на сайт healthconsumer.org.

Програма Hospital Bill Complaint

Програма Hospital Bill Complaint — це програма штату, яка перевіряє рішення лікарень щодо того, чи маєте ви право на допомогу з оплатою виставлених ними рахунків за медичні послуги. Якщо ви вважаєте, що вам помилково відмовили у фінансовій допомозі, можете подати скаргу до програми Hospital Bill Complaint. Щоб отримати додаткову інформацію та подати скаргу, зайдіть на сайт HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.

Заявка на участь у програмі фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування (Medical Financial Assistance, MFA)

Розділ 1. Відомості про пацієнта

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ		НОМЕР МЕДИЧНОЇ КАРТИ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)	
ДАТА НАРОДЖЕННЯ		НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО) <input type="checkbox"/> У мене немає номера соціального страхування	
ПОШТОВА АДРЕСА (ВУЛИЦЯ, НОМЕР БУДИНКУ)			
МІСТО		ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Пацієнт зараз не має житла? Так Ні

ОСНОВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ Домашній Мобільний
 Робочий Інший

Чи пацієнт зареєстрований у програмах допомоги штату, як-от програма додаткової продовольчої підтримки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), програма надання тимчасової допомоги нужденним сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), програма забезпечення додаткового харчування для жінок, немовлят і дітей старшого віку (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC), програми надання соціального житла або Medicaid? Так Ні

Розділ 2. Відомості про домогосподарство

Кількість членів домогосподарства. Кількість членів домогосподарства (включно з вами), які проживають у вашому помешканні. Враховуйте чоловіка (жінку) або співмешканця (співмешканку) згідно з критеріями, дітей, піклувальників, які не є батьками, родичів тощо.

Дохід домогосподарства (місячний). Сума сукупного доходу (до сплати податків та інших відрахувань) усіх членів домогосподарства старше 18 років. Зазначте ВСІ типи доходів, які відповідають опису:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Дохід від підприємницької діяльності / оренди | <input type="checkbox"/> Соціальні виплати / додатковий гарантований дохід |
| <input type="checkbox"/> Дохід від трудової діяльності / заробітна плата | <input type="checkbox"/> Допомога з безробіття/інвалідності |
| <input type="checkbox"/> Пенсія для ветеранів | <input type="checkbox"/> Виплати на утримання дитини / аліменти, що виплачуються чоловіку (дружині) |
| <input type="checkbox"/> Проценти або дивіденди | <input type="checkbox"/> Пенсійний дохід / вихідна допомога / щорічні виплати за договором |
| <input type="checkbox"/> Дохід самозайнятої особи | <input type="checkbox"/> У моєму домогосподарстві ніхто не має заробітку або не отримував доходів протягом останніх 2 місяців |

Якщо сукупний річний дохід усіх членів домогосподарства дорівнює нулю, підтвердьте це, поставивши відповідну позначку вище, і надайте письмове пояснення щодо того, як дорослі члени сім'ї забезпечують свої потреби, наприклад у продуктах харчування, житлі, побутових зручностях тощо, не маючи доходу.

_____ \$ _____

Витрати на медичне обслуговування. Сума власних витрат за 12-місячний період на екстрену допомогу або необхідні за медичними показаннями послуги, надані Kaiser Permanente або будь-яким іншим постачальником медичних послуг. У витратах можна враховувати доплати, внески, частки пацієнтів в оплаті або франшизи на медичні, фармацевтичні чи стоматологічні послуги, які відповідають критеріям програми.

_____ \$ _____

Зазначте всіх членів домогосподарства, яке подає заявку на фінансову допомогу для оплати медичного обслуговування.

Ім'я та прізвище	Дата народження	Ким доводиться / характер стосунків	№ медичної картки
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ви не застраховані? Kaiser Permanente до ваших послуг. Якщо у вас немає страхового покриття медичних послуг, ми допоможемо розібратися в доступних варіантах. Позначте цей пункт, якщо хочете, щоб представник Kaiser Permanente зв'язався з вами для обговорення доступних вам варіантів страхування. Або зателефонуйте нам за номером **1-800-479-5764** (TTY: **711**), щоб отримати пропозицію.

Так, зв'яжіться зі мною

Цим я засвідчую, що всі наведені в цій заявці відомості є в усіх аспектах правдивими, точними й повними. Крім того, я підтверджую та визнаю свої зобов'язання перед Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) щодо всіх сум, належних Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals за медичні вироби й послуги, на які не поширюється ця програма («Залишкові суми»).

Примітка. У разі ненадання документів для підтвердження доходів, щоб визначити відповідність критеріям федеральних програм, програм штату, а також приватних медичних програм, зокрема програми MFA, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals використовуватиме інформацію від агенцій, що займаються збиранням даних про споживче кредитування, і з інших сторонніх джерел.

Подаючи цю заявку, я даю дозвіл KFH/HP звертатися за інформацією до агенцій, що займаються збиранням даних про споживче кредитування, а також інших сторонніх джерел, коли це потрібно для перевірки будь-яких відомостей, наведених у цій заявці.

підпис	ДАТА
--------	------

Ми докладатимемо всіх обґрунтованих зусиль для своєчасної обробки вашої заявки, і після її розгляду ви отримаєте листа про його результати.

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 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 binisíkęęs bee bich'í' anídahast'í'ígíí bá ahoot'i' nááná t'áá háida doo da'oo'ínii binaaltsoos yee deiyółta'ígíí bá hólq ałdo' áádóo saad nitsaago bee bik'i da'ashchínígí ałdo' hólq nááná saad bik'i naha'nííígíí ná hólq nááná béesh bee t'áá bí nitsídaakeęęsígíí al'áá ádaa t'éego bee nahwidinitingo ałdo' ná dahólq.

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.