

# ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA) ຂອງ Kaiser Permanente

---

## HELP IN YOUR LANGUAGE

**English:** This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-813-2000** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays.

**Chinese:** 這是來自Kaiser Permanente的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電**1-800-813-2000** 尋求語言協助。我們每週7天，每天24小時皆提供協助（節假日休息）。

**Spanish:** La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-813-2000** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos.

# ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA) ຂອງ Kaiser Permanente

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ໃບສັງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ຫຼື ມີກຳນົດ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບຈາກ Kaiser Permanente, ໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (Medical Financial Assistance, MFA) ຂອງພວກເຮົາອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

## ວິທີເຮັດວຽກຂອງໂຄງການດັ່ງກ່າວ

- ໂຄງການມີ “ລາງວັນ” ຊົ່ວຄາວເພື່ອຊ່ວຍຜູ້ສະໝັກທີ່ມີເງື່ອນໄຂ ຈ່າຍຄ່າດູແລ ໂດຍອີງໃສ່ຄວາມຕ້ອງການທາງການເງິນ ຂອງພວກເຂົາ.
- ມັນສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບຄົນເຈັບຂອງ Kaiser Permanente ທຸກຄົນ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເປັນສະມາຊິກ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າໄດ້ຮັບລາງວັນ, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸກເສີນ ຫຼື ຈໍາເປັນທາງການແພດຈາກບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ບັນດາສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້.

## ວິທີເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ

ທ່ານຕ້ອງບັນລຸໄດ້ຕາມເງື່ອນໄຂທີ່ຕ້ອງການໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເກີນ 300% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.
2. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຈັກຈາກຖົງຂອງຕົນ ສໍາລັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈໍາເປັນທາງການແພດ, ການປິ່ນປົວແຂ້ວ ແລະ ຢາກິນ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກ່ວາ 10% ຂອງລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດຂອງທ່ານ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈັກຈາກຖົງຂອງຕົນລວມມີ ການຮ່ວມຈ່າຍ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນ.
  - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈັກຖົງຂອງຕົນບໍ່ໄດ້ລວມເອົາທຸກການຈ່າຍເງິນສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບ້ຍປະກັນປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ.

## ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.

- ເນື່ອງຈາກວ່າໂຄງການ MFA ໃຫ້ລາງວັນທາງການເງິນພຽງ ຊົ່ວຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກ ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານໃນໄລຍະຍາວ. ຊຶ່ງອາດຈະປະກອບມີໂຄງການສຸຂະພາບຂອງລັດ ຫຼື ເອກະຊົນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ເຊັ່ນ: Medicaid ຫຼື ແຜນໃຫ້ເງິນອຸດໜູນທີ່ມີຢູ່ໃນຕະຫຼາດປະກັນສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໃນບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຍັງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກບັນດາໂຄງການດັ່ງກ່າວ. ແຕ່ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານການເງິນຈາກໂຄງການ MFA ໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈຈາກບັນດາໂຄງການອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້.

300% ຂອງຄ່າແນະນຳກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ (FPG) ປະຈຳປີ 2022		
ຖ້າຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:	ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ ຕ້ອງບໍ່ ເກີນ:	
	ລາຍເດືອນ	ລາຍປີ
1	\$3,398	\$40,770
2	\$4,578	\$54,930
3	\$5,758	\$69,090
4	\$6,938	\$83,250
5	\$8,118	\$97,410
6	\$9,298	\$111,570

ເຂົ້າຊົມ [aspe.hhs.gov/poverty](https://www.aspe.hhs.gov/poverty) ເພື່ອຊອກຫາຄ່າແນະນຳສໍາລັບຄົວເຮືອນທີ່ໃຫຍ່ກ່ວາ.






### ມີຄໍາຖາມບໍ?

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍສໍາລັບໂຄງການ MFA ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການດັ່ງກ່າວຮັບຈ່າຍໃຫ້ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບໃດແດ່, ເຂົ້າຊົມ [www.kp.org/mfa/wa](https://www.kp.org/mfa/wa) ຫຼື ໂທຫາ **800-442-4014 (TTY 711)**.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ຫ້າໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ **1-800-479-5764 (TTY 711)**.

## ວິທີສະໝັກ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມບັນດາເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 <b>ທາງອອນລາຍ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່ <a href="http://www.kp.org/mfa/wa">www.kp.org/mfa/wa</a></li> <li>ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.</li> </ul>
 <b>ສົ່ງທາງໄປສະນີ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້.</li> <li>ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584</li> </ul>
 <b>ສົ່ງແຟັກ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້.</li> <li>ແຟັກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ <b>1-206-877-0640</b>.</li> </ul>
 <b>ໄປສົ່ງເຖິງທີ່</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້.</li> <li>ໄປສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວທີ່ຫ້ອງການທຸລະກິດ ຫຼື ບ່ອນເຊົ່າອິນທີສະຖານທີ່ແຫ່ງໃດໜຶ່ງຂອງ Kaiser Permanente.</li> </ul>
 <b>ໂທຫາພວກເຮົາ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ <b>1-800-442-4014</b>, (TTY <b>711</b>), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ ເວລາມາດຕະຖານປາຊີຟິກ (Pacific Standard Time, PST).</li> <li>ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ.</li> </ul>

**ສິ່ງສໍາຄັນ:** ເມື່ອສະໝັກທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ ຫຼື ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕື່ມໄດ້. ການຂາດຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງອາດຈະເຮັດໃຫ້ຂັ້ນຕອນການສະໝັກມີຄວາມຊັກຊ້າ.

### ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໝັກ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາກວດເບິ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບຜົນໄດ້ຮັບໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດແລ້ວ ແລະ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບລາງວັນດ້ານການເງິນ.
- ເພື່ອປະກອບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານໃຫ້ສໍາເລັດ, ພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນ ຫຼື ເອກະສານເພີ່ມຕື່ມ ຊຶ່ງທ່ານສາມາດສົ່ງໃຫ້ພວກເຮົາທາງໄປສະນີ ຫຼື ສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ; ອາດຈະລວມມີຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນລາຍໄດ້ ຫຼື ສໍາເນົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆ ທີ່ຈັກຈາກຖົງຂອງທ່ານ.
- ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ແລະ ເປັນຫຍັງຈຶ່ງຖືກປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້ທ່ານສາມາດອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

### ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ່?

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສະໝັກຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-442-4014** (TTY **711**), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ PST. ທ່ານຍັງສາມາດປຶກສາກັບທີ່ປຶກສາທາງດ້ານການເງິນຢູ່ສະຖານທີ່ແຫ່ງໃດແຫ່ງໜຶ່ງຂອງ Kaiser Permanente ໄດ້.

## ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA)

ຊື່: \_\_\_\_\_ ປະຫວັດການປິ່ນປົວ #: \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ຜູ້ຕິດຕໍ່ #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ເລກທີປະກັນສັງຄົມ (SSN): \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່: \_\_\_\_\_

ເມືອງ: \_\_\_\_\_ ລັດ: \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ: \_\_\_\_\_

**ຂະໜາດຂອງຄົວເຮືອນ:** ຈໍານວນສະມາຊິກຄອບຄົວ (ລວມທັງທ່ານ) ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ ຂອງທ່ານ. ອາດລວມມີຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ກິນຢູ່ຮ່ວມກັນ, ລູກ, ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ດູແລ ທີ່ບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່ ທີ່ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ ແລະ ອື່ນໆ. \_\_\_\_\_

**ລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນ (ລາຍເດືອນ):** ລາຍໄດ້ລວມຍອດທັງໝົດສໍາລັບສະມາຊິກຄອບຄົວທັງໝົດໃນຄົວເຮືອນ. ໝາຍເອົາທຸກປະເພດລາຍໄດ້ທີ່ນໍາໃຊ້:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ລາຍໄດ້/ຄ່າຈ້າງຈາກການອອກແຮງງານ           | <input type="checkbox"/> ເງິນຄ່າລ້ຽງດູ/ຄ່າລ້ຽງດູລູກ                                      |
| <input type="checkbox"/> ລາຍໄດ້ຈາກທຸລະກິດ/ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ         | <input type="checkbox"/> ເງິນບໍານານ ຫຼື ເຂົ້າກະສຽນ/ເງິນລາຍປີ                             |
| <input type="checkbox"/> ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ລາຍໄດ້ຄົນພິການ | <input type="checkbox"/> ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມ/ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມເສີມ/ເງິນສົ່ງເຄາະນັກຮົບເກົ່າ |

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

**ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບ:** ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈັກຈາກຖົງຕົນເອງທັງໝົດ ທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ ສໍາລັບການບໍລິການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈໍາເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະລວມມີການຮ່ວມຈ່າຍ, ເງິນມັດຈໍາ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບ້ຍປະກັນ ສໍາລັບການມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວພະຍາດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ການປິ່ນປົວແຂ້ວ. \$ \_\_\_\_\_

**ກະລຸນາລະບຸຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ.**

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນ	ປະຫວັດການປິ່ນປົວ #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**ບໍ່ມີປະກັນໄພແມ່ນບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້.** ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຕ່າງໆຂອງທ່ານໄດ້. ໝາຍໃສ່ຫ້ອງມື້ຖ້າທ່ານຢາກໃຫ້ Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອປຶກສາຫາລືເຖິງທາງເລືອກຕ່າງໆຂອງທ່ານ.  ແມ່ນແລ້ວ, ຕິດຕໍ່ຂ້າພະເຈົ້າ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍປະກາດວ່າ ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງໃນຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນທຸກປະການ. ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຮັບຮູ້ ແລະ ຕົກລົງເຫັນດີອີກວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ສໍາລັບຈໍານວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບຈາກ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ສໍາລັບຜະລິດຕະພັນ ແລະ ການບໍລິການທາງການແພດຕ່າງໆ ທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ໂຄງການ (“ຈໍານວນເງິນທີ່ເຫຼືອຢູ່”).

ລາຍເຊັນ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

**ໝາຍເຫດ:** ແຜນສຸຂະພາບຂອງ Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals ສະຫງວນສິດໃນການນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານການລາຍງານເຄື່ອນຍ້າງຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຕ່າງໆຂອງບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ ເພື່ອກໍານົດການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມບັນດາໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ຂອງລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.