

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, ໂຄງການຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ຈ່າຍບັນທຶກການແພດຈາກບັນດາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ຫຼື ຢູ່ບັນດາສະຖານທີ່ປິ່ນປົວຂອງ Kaiser Permanente ໃນໄລຍະເວລາທີ່ກໍານົດໄວ້.
- ລາງວັນບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້ກັບການບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບທີ່ສະໜອງໃຫ້ ແລະ ອອກໃບບິນຢູ່ນອກຂອງ Kaiser Permanente.

ວິທີເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍ

ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຕອບສະໜອງເຫຼັ້ງໃນຊຸດຂອງມາດຕະຖານດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: *

- *ລາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວທັງໝົດຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເກີນ 300% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຄໍາແນະນາ ກ່ຽວກັບລະດັບຄວາມທຸກຍາກທີ່ລັດຖະບານກາງວາງອອກໃນປີ 2023 (Federal Poverty Guidelines, FPG)			
ຖ້າຂະໜາດຄົວເຮືອນຂອງທ່ານແມ່ນ:	ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ 100% ສໍາລັບລາຍໄດ້ລວມປະຈຳປີ ຢູ່ທົ່ວ 200% FPG ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ 200%	ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ 75% ສໍາລັບລາຍໄດ້ລວມປະຈຳປີ ຢູ່ລະຫວ່າງ 201% ແລະ 250% FPG	ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ 50% ສໍາລັບລາຍໄດ້ລວມປະຈຳປີ ຢູ່ລະຫວ່າງ 251% ແລະ 300% FPG
1	ສູງສຸດ \$2,430	\$2,431 ຫາ \$3,038	\$3,039 ຫາ \$3,645
2	ສູງສຸດ \$3,287	\$3,288 ຫາ \$4,108	\$4,109 ຫາ \$4,930
3	ສູງສຸດ \$4,143	\$4,144 ຫາ \$5,179	\$5,180 ຫາ \$6,215
4	ສູງສຸດ \$5,000	\$5,001 ຫາ \$6,250	\$6,251 ຫາ \$7,500
5	ສູງສຸດ \$5,857	\$5,858 ຫາ \$7,321	\$7,322 ຫາ \$8,785
6	ສູງສຸດ \$6,713	\$6,714 ຫາ \$8,392	\$8,393 ຫາ \$10,070

ເຂົ້າຊົມ aspe.hhs.gov/poverty ເພື່ອຊອກຫາ ຄໍາແນະນໍາສໍາລັບຄົວເຮືອນທ່ານໃຫຍ່ກວ່າ.

ຫຼື

- ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຈົກຈາກຖົງຂອງຕົນ ສໍາລັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈ່າຍບັນທຶກການແພດ, ການປິ່ນປົວແຂ້ວ ແລະ ຢາກິນ ໃນໄລຍະ 12 ເດືອນແມ່ນເທົ່າກັບ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ 10% ຂອງລາຍໄດ້ຂອງຄົວເຮືອນທັງໝົດຂອງທ່ານ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈົກຈາກຖົງຂອງຕົນລວມມີ ການຮ່ວມຈ່າຍ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ການຈ່າຍແບບຫຼຸດຜ່ອນເບື້ອງຕົ້ນ.
 - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈົກຖົງຂອງຕົນບໍ່ໄດ້ລວມເອົາທຸກການຈ່າຍເງິນ ສໍາລັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານເອງ ເຊັ່ນ: ເບື້ອງຕົ້ນປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີປະກັນສຸຂະພາບ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ.

- ເນື່ອງຈາກວ່າໂຄງການ MFA ໃຫ້ລາງວັນທາງການເງິນພຽງຊົ່ວຄາວເທົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານສະໝັກການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານໃນໄລຍະຍາວ. ຊຶ່ງອາດຈະປະກອບມີໂຄງການສຸຂະພາບຂອງລັດ ຫຼື ເອກະຊົນອື່ນໆ ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ເຊັ່ນ: Medicaid ຫຼື ແຜນໃຫ້ເງິນອຸດໜູນທີ່ມີຢູ່ໃນຕະຫຼາດປະກັນສຸຂະພາບ.
- ພວກເຮົາອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານສະແດງຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ສະໝັກເຂົ້າໃນບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ ຫຼື ຖືກປະຕິເສດຈາກບັນດາໂຄງການດັ່ງກ່າວ. ແຕ່ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຈາກໂຄງການ MFA ໃນຂະນະທີ່ລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈຈາກບັນດາໂຄງການອື່ນໆເຫຼົ່ານີ້.

ມີຄໍາຖາມບໍ?

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການເຮັດໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດພຽງພໍສໍາລັບໂຄງການ MFA ຫຼື ເພື່ອເບິ່ງວ່າໂຄງການດັ່ງກ່າວຮັບຈ່າຍໃຫ້ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບໃດແດ່, ເຂົ້າຊົມ www.kp.org/mfa/wa ຫຼື ໂທຫາ 800-442-4014 (TTY 711).

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ, ຫາໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ 1-800-479-5764 (TTY 711).

ວິທີສະໝັກ

ຖ້າທ່ານບັນລຸໄດ້ຕາມບັນດາເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ, ທ່ານສາມາດສະໝັກໄດ້ດ້ວຍຊ່ອງທາງໃດໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້.

 ງອນລາຍ	• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ຜ່ານທາງອອນລາຍທີ່ www.kp.org/mfa/wa • ກຽມຕົວສະໜອງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປ
 ແຜັກ	• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. • ແຜັກໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່ 1-206-877-0640.
 ທາງໄປສະນີ	• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. • ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວໄປທີ່: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584
 ກິ່ງເຖິງທີ່	• ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກ MFA ໃນໜ້າຕໍ່ໄປນີ້. • ໄປສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວທີ່ຫ້ອງການທຸລະກິດ ຫຼື ບ່ອນເຊັກອິນທິສະຖານທີ່ແຕ່ງໃດໜຶ່ງຂອງ Kaiser Permanente.

ສິ່ງສໍາຄັນ: ເມື່ອສະໝັກອອນລາຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຜັກ ຫຼື ສົ່ງໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານດ້ວຍຕົນເອງ, ກະລຸນາເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕື່ມໄດ້. ການຂາດຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງອາດຈະເຮັດໃຫ້ຂັ້ນຕອນການສະໝັກມີຄວາມຊັກຊ້າ.

ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສະໝັກ

ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາກວດເບິ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຄົບຖ້ວນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບຜົນໄດ້ຮັບໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ພາຍໃນເວລາສາມສິບ (30) ວັນທີ່ໄດ້ຮັບ:

- ຖ້າໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບລາງວັນດ້ານການເງິນຂອງທ່ານ.
- ຖ້າໃບສະໝັກຂອງທ່ານບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍທີ່ອະທິບາຍຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອປະມວນຜົນໃບສະໝັກຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສົ່ງຂໍ້ມູນຊ່າວສານທີ່ຕ້ອງການໂດຍການສົ່ງຈົດໝາຍ ຫຼື ຫຼື ສໍາເນົາຂອງຄໍາໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອອກຈາກກະເບົາຂອງທ່ານ.
- ຖ້າຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າເປັນຫຍັງມັນຈຶ່ງຖືກປະຕິເສດ, ໃນກໍລະນີນີ້ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອບໍ?

ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ ຫຼື ຕ້ອງການກວດສອບສະຖານະພາບຂອງຄໍາຮ້ອງສະໝັກ ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-442-4014 (TTY 711)**, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5:00 ໂມງແລງ PST. ທ່ານຍັງສາມາດປຶກສາກັບທີປຶກສາທາງດ້ານການເງິນຢູ່ສະຖານທີ່ແຕ່ງໃດໜຶ່ງຂອງ Kaiser Permanente ໄດ້.

ຄໍາຮ້ອງຂໍສະໝັກເຂົ້າໂຄງການ ຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດ (MFA)

ຊື່: _____ ປະຫວັດການປິ່ນປົວ #: _____
ນເດືອນປີເກີດ: ____/____/____ 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:

- ☐ ລາຍໄດ້/ຄ່າຈ້າງຈາກການອອກແຮງງານ
- ☐ ລາຍໄດ້ຈາກທຸລະກິດ/ຊັບສິນໃຫ້ເຊົ່າ
- ☐ ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອການຫວ່າງງານ/ລາຍໄດ້ຄົນພິການ
- ☐ ເງິນຄ່າລ້ຽງດູ/ຄ່າລ້ຽງດູລູກ
- ☐ ເງິນບໍານານ ຫຼື ເຂົ້າກະສຽນ/ເງິນລາຍປີ
- ☐ ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມ/ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມເສີມ/

ເງິນສົ່ງເຄາະນັກຮັບເກົ່າ

\$

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລສຸຂະພາບ: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈັກຈາກຖົງຕົນເອງທັງໝົດ ທີ່ທ່ານມີໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ

ສໍາລັບການບໍລິການປິ່ນປົວສຸກເສີນ ຫຼື ຈຳເປັນທາງການແພດ ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Kaiser Permanente ຫຼື

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ. ອາດຈະລວມມີການຮ່ວມຈ່າຍ, ເງິນມັດຈ່າ, ການປະກັນໄພຮ່ວມ ຫຼື ການຈ່າຍແບບ

ບຸກຄົນຜ່ອນເບ້ຍປະກັນ ສໍາລັບການມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວພະຍາດ, ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ການປິ່ນປົວແຂ້ງ

\$

ກະດູນາລະບຸຊື່ສະມາຊິກທຸກຄົນໃນຄົວເຮືອນຂອງທ່ານທີ່ສະໝັກເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ.

ຊື່	ວັນເດືອນປີເກີດ	ສາຍພົວພັນ	ເລກ: ກຸ່ມ ມູນຕົວຕົນ #
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

ບໍ່ມີປະກັນໄພແມ່ນບໍ່? Kaiser Permanente ສາມາດຊ່ວຍໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈທາງເລືອກຂອງທ່ານ. ກວດເບິ່ງກ່ອງນີ້ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ Kaiser Permanente ຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບທາງເລືອກຂອງທ່ານ ຫຼື

ທ່ານສາມາດໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ **1-800-479-5764 (TTY 711)** ເພື່ອໄດ້ຮັບຄໍາແນະນຳ.

☐ ແມ່ນແລ້ວ,

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

ສະໜອງບໍລິການໃນການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຈາກໜ່ວຍງານການລາຍງານເຄຼດິດຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ ແລະ ແຫຼ່ງຂໍ້ມູນຕ່າງໆຂອງບຸກຄົນທີ່ສາມາດອື່ນໆ

ເພື່ອກຳນົດການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມບັນດາໂຄງການທາງການແພດຂອງລັດຖະບານກາງ, ຂອງລັດ ແລະ ເອກະຊົນ, ລວມທັງໂຄງການ MFA.