

## កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA)

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព ឬវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកមាន ឬគ្រោងនឹងទទួលបានពី Kaiser Permanente កម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA) របស់យើងប្រហែលជាអាចជួយអ្នកបាន។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំបានដោយបំពេញ និងដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំ រួមទាំងព័ត៌មានចំណូលគ្រួសាររបស់អ្នក។

### កម្មវិធីនេះដំណើរការដូចម្តេច

- កម្មវិធីនេះផ្តល់ជូននូវ "រង្វាន់" បណ្តោះអាសន្នដើម្បីជួយដល់អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់យកទៅបង់សេវាថែទាំដោយផ្អែកលើតម្រូវការហិរញ្ញវត្ថុរបស់ពួកគេ។
- កម្មវិធីនេះអាចចូលរួមបានសម្រាប់អ្នកជំងឺ Kaiser Permanente ទាំងអស់ មិនថាអ្នកជាសមាជិក ឬអត់នោះទេ។
- ប្រសិនបើបានទទួលរង្វាន់ កម្មវិធីនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់/ភ្លាមៗ ឬចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ពីអ្នកផ្តល់សេវា Kaiser Permanente ឬនៅកន្លែងថែទាំរបស់ Kaiser Permanente ក្នុងរយៈពេលជាក់លាក់ណាមួយ។
- រង្វាន់នេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវាថែទាំសុខភាពដែលបានផ្តល់ និងចេញវិក្កយបត្រក្រៅពីកន្លែងថែទាំរបស់ Kaiser Permanente ទេ។

### របៀបមានសិទ្ធិទទួលបាន

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌតម្រូវខាងក្រោម៖

1. ប្រាក់ចំណូលសរុបក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក (ប្រាក់ចំណូលមុនបង់ពន្ធ និងការកាត់កង) គឺ 300% ឬតិចជាងកម្រិតនៃភាពក្រីក្ររបស់សហព័ន្ធ។

ឬ

2. ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាពប្រាក់ហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំបន្ទាន់ ឬចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំធ្មេញ និងថ្នាំក្នុងរយៈពេល 12 ខែគឺស្មើនឹង ឬច្រើនជាង 10% នៃប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបរបស់អ្នក។
  - ការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅរួមមាន ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន សហធានារ៉ាប់រង និងការទូទាត់ប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុន។
  - ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅមិនរាប់បញ្ចូលការទូទាត់ទាំងឡាយលើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកផ្ទាល់ ដូចជាបុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នកនោះទេ។

គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីបន្ទាត់កម្រិតក្រីក្រសហព័ន្ធ ឆ្នាំ 2024 (FPG)			
ប្រសិនបើទំហំសមាជិកក្នុងផ្ទះ/គ្រួសាររបស់អ្នកគឺ៖	រង្វាន់ 100% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបប្រចាំខែនៅត្រឹម ឬក្រោម 200% នៃ FPG	រង្វាន់ 75% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបប្រចាំខែរវាង 201% និង 250% នៃ FPG	រង្វាន់ 50% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបប្រចាំខែរវាង 251% និង 300% នៃ FPG
1	រហូតដល់ \$2,510	\$2,511 ដល់ \$3,138	\$3,139 ដល់ \$3,765
2	រហូតដល់ \$3,407	\$3,408 ដល់ \$4,258	\$4,259 ដល់ \$5,110
3	រហូតដល់ \$4,303	\$4,304 ដល់ \$5,379	\$5,380 ដល់ \$6,455

គោលការណ៍ណែនាំស្តីពីបន្ទាត់កម្រិតក្រីក្រសហព័ន្ធ ឆ្នាំ 2024 (FPG)			
ប្រសិនបើទំហំសមាជិកក្នុងផ្ទះ/គ្រួសាររបស់អ្នកគឺ៖	រង្វាន់ 100% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូល គ្រួសារសរុបប្រចាំខែ នៅត្រឹម ឬក្រោម 200% នៃ FPG	រង្វាន់ 75% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូល គ្រួសារសរុបប្រចាំខែ រវាង 201% និង 250% នៃ FPG	រង្វាន់ 50% សម្រាប់ប្រាក់ចំណូល គ្រួសារសរុបប្រចាំខែ រវាង 251% និង 300% នៃ FPG
4	រហូតដល់ \$5,200	\$5,201 ដល់ \$6,500	\$6,501 ដល់ \$7,800
5	រហូតដល់ \$6,097	\$6,098 ដល់ \$7,621	\$7,622 ដល់ \$9,145
6	រហូតដល់ \$6,993	\$6,994 ដល់ \$8,742	\$8,743 ដល់ \$10,490

ចូលទៅគេហទំព័រ [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) ដើម្បីស្វែងរកគោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់គ្រួសារមានសមាជិកច្រើន។

**មានសំណួរ?**





សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី MFA ឬដើម្បីមើលថាសេវាថែទាំសុខភាពណាដែលរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងសម្រាប់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ [kp.org/mfa/wa](https://kp.org/mfa/wa), ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-442-4014** ឬស្តេនកូដនេះ៖



ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជម្រើសធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ **1-800-479-5764 (TTY 711)**។

**របៀបដាក់ពាក្យស្នើសុំ**

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ អ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំតាមវិធីណាមួយក៏បាន។

 <b>អនឡាញ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បំពេញកម្មវិធី MFA អនឡាញ <a href="https://kp.org/mfa/wa">kp.org/mfa/wa</a></li> <li>• ត្រូវត្រៀមផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័របន្ទាប់។</li> </ul>
 <b>ផ្ញើទូរសារ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័រខាងក្រោម។</li> <li>• ទូរសារពាក្យដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅលេខ <b>206-877-0640</b> ។</li> </ul>
 <b>ផ្ញើតាមប្រអប់សំបុត្រ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័រខាងក្រោម។</li> <li>• ផ្ញើពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរាល់ទៅ៖ Kaiser Permanente MFA Program PO Box 34584 Seattle, WA 98124-1584</li> </ul>
 <b>មកដល់ដោយផ្ទាល់</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បំពេញពាក្យស្នើសុំ MFA នៅទំព័រខាងក្រោម។</li> <li>• មកដាក់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរបស់អ្នកនៅការិយាល័យពាណិជ្ជកម្ម ឬកន្លែងពិនិត្យចុះឈ្មោះនៅទីតាំង Kaiser Permanente ណាមួយ។</li> </ul>

**សំខាន់៖** នៅពេលដាក់ពាក្យតាមអនឡាញ តាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ ឬយកពាក្យស្នើសុំទៅដាក់នៅទីតាំងផ្ទាល់ សូមប្រាកដថាអ្នកបានបំពេញព័ត៌មានលើពាក្យស្នើសុំឱ្យបានច្រើនតាមដែលអ្នកអាចធ្វើបាន។ ការខ្វះព័ត៌មានអាចពន្យារពេលនៃដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក និងអាចបណ្តាលឱ្យមានការបដិសេធផ្តល់ជំនួយ។

**ត្រូវការជំនួយ?**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-442-4014 (TTY 711)** ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច PST ។

**ឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល**

ការបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលគឺជាផ្នែកមួយសម្រាប់កំណត់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ រួមទាំងឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នកនឹងជួយក្នុងការបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវនៃប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការពិនិត្យ។ តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីឯកសារជាជម្រើសផ្សេងៗដែលត្រូវដាក់បញ្ជូនមកដោយយោងទៅតាមប្រភពប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។

ប្រភពប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ	ផ្តល់តែប្រភពចំណូលតែមួយគត់ក្នុងចំណោមប្រភពចំណូលខាងក្រោម
ប្រាក់ចំណូលពីអាជីវកម្ម/ការជួល	របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ឈ្នួលការងារ	ចុងសន្លឹកបើកប្រាក់ខែថ្មីៗ របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ទទួលបានប្រាក់សោធននិវត្តន៍/ការចូលនិវត្តន៍/ ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ	ចុងសន្លឹកបើកប្រាក់ខែថ្មីៗ របាយការណ៍ស្តីពីការទូទាត់ប្រាក់សោធននិវត្តន៍/ចូលនិវត្តន៍ របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ប្រាក់ចំណូលស្វ័យនិយោជន៍	ចុងសន្លឹកបើកប្រាក់ខែថ្មីៗ របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
របបសន្តិសុខសង្គម/ប្រាក់ចំណូលបន្ថែម	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម របាយការណ៍របបសន្តិសុខសង្គម
អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ/ ប្រាក់ចំណូលពីការភាព	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ/ ពីការភាព របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ប្រាក់ចំណូលអតីតយុទ្ធជន	លិខិតបញ្ជាក់អត្ថប្រយោជន៍ VA របាយការណ៍ W-2s, 1099 ថ្មីៗ ឬលិខិតប្រកាសពន្ធ
ជំនួយរដ្ឋាភិបាល (ដូចជា Medicaid, TANF, SNAP, WIC ឬលំនៅឋានដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប)	លិខិតអនុញ្ញាតលើសិទ្ធិទទួលបាន
ចំណូលពីការប្រាក់ ឬភាគលាភ	លិខិតប្រកាសពន្ធថ្មីៗ
បានទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធ/កូន	លិខិតបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំខែដែលទទួលបានសម្រាប់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ឬអាហារកិច្ចកូន
គ្មានប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ	ការបញ្ជាក់/ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ

**អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុកបន្ទាប់ពីអ្នកដាក់ពាក្យ**

បន្ទាប់ពីយើងពិនិត្យមើលពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរបស់អ្នក

យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងពីលទ្ធផលមួយក្នុងចំណោមលទ្ធផលខាងក្រោមក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃ  
បន្ទាប់ពីទទួលបាន៖

- ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកទទួលបានការយល់ព្រម អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងមួយ  
អំពីរង្វាន់ហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកមិនពេញលេញទេ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយពន្យល់អំពីព័ត៌មានដែល  
ត្រូវការដើម្បីដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬយកមកដាក់ផ្ទាល់នូវ  
ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ។ ព័ត៌មាននេះមានដូចជា លិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូល  
ឬច្បាប់ចម្លងនៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងមួយអំពី  
មូលហេតុដែលត្រូវបានបដិសេធ ដោយករណីនេះអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងចំពោះការសម្រេចរបស់យើងបាន។

**ពាក្យស្នើសុំកម្មវិធីជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (MFA)**

**ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ**

ឈ្មោះ:		លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ (មិនកម្រិត)	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (មិនកម្រិត)	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គមទេ	
អាសយដ្ឋានផ្ទះបុគ្គលិកប្រៃសណីយ៍ (ផ្លូវ)	ទីក្រុង	រដ្ឋ	
តើបច្ចុប្បន្ននេះអ្នកជំងឺគ្មានផ្ទះសំបែងទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	លេខទូរសព្ទចម្បង	<input type="checkbox"/> ទូរសព្ទនៅផ្ទះ	<input type="checkbox"/> ទូរសព្ទចល័ត
		<input type="checkbox"/> ការងារ	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត

តើអ្នកជំងឺបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីជំនួយពីរដ្ឋ ដូចជាកម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារខ្វះខាត (TANF) ស្ត្រី ទារក និងកុមារ (WIC) លំនៅឋានដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ឬ Medicaid ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានអំពីគ្រួសារ**

**ទំហំគ្រួសារ:** ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ (រួមទាំងអ្នក) ដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ អាចមានដូចជា ប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូស្នេហាដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន កូន អ្នកមើលថែដែលមិនមែនជាឪពុកម្តាយ សាច់ញាតិជាដើម។

**ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារ (ប្រចាំខែ):** ប្រាក់ចំណូលសរុប (ប្រាក់ចំណូលមុនកាត់ពន្ធ និងប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុន) សម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ដែលមានអាយុលើសពី 18 ឆ្នាំ។ សូមគូសផឹកលើប្រភេទប្រាក់ចំណូលទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ:

<input type="checkbox"/> ចំណូលពីអាជីវកម្ម/ការជួល	<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលរបបសន្តិសុខសង្គម/សន្តិសុខបន្ថែម
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូល/ប្រាក់ឈ្នួលការងារ	<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ភាពអត់ការងារធ្វើ/ពិការភាព
<input type="checkbox"/> ចំណូលអត្ថប្រយោជន៍អតីតយុទ្ធជន	<input type="checkbox"/> បានទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្តីឬប្រពន្ធ/កូន
<input type="checkbox"/> ចំណូលការប្រាក់ ឬភាគលាភ	<input type="checkbox"/> ទទួលបានប្រាក់សោធននិវត្តន៍ / ការចូលនិវត្តន៍ / ប្រាក់ចំណូលធនលាភប្រចាំឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលស្វ័យនិយោជន៍	<input type="checkbox"/> គ្មាននរណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសាររបស់ខ្ញុំរកចំណូល ឬទទួលបានប្រាក់ចំណូលក្នុងរយៈពេល 2 ខែ កន្លងមកនេះទេ។

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ស្មើសូន្យ សូមគូសផឹកប្រអប់បញ្ជាក់ខាងលើ និងខាងក្រោម ផ្តល់ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីរបៀបដែលសមាជិកគ្រួសារពេញវ័យក្នុងគ្រួសារជួយខ្លួនឯងដោយគ្មានប្រាក់ចំណូល ដូចជា អាហារ ទីជម្រក សេវាសាធារណៈ និងតម្រូវការផ្សេងទៀត។

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**ការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព:**

ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 12 ខែលើសេវាសង្គ្រោះ បន្ទាន់ ឬសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ដោយ Kaiser Permanente ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ អាចមានដូចជា ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន ប្រាក់បញ្ញើ សហធានារ៉ាប់រង ឬការទូទាត់ប្រាក់ចំណាយដែលត្រូវបង់ជាមុនសម្រាប់ សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឱសថស្ថាន ឬធ្មេញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។

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

**សូមសរសេរព័ត៌មានសមាជិកទាំងអស់ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។**

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ទំនាក់ទំនង	# កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**គ្មានធានារ៉ាប់រង? Kaiser Permanente អាចជួយបាន។** ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពទេ យើងអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមជិកប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យ Kaiser Permanente ទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីពិភាក្សាអំពីជម្រើសរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទូរសព្ទមក យើងតាមរយៈលេខ **1-800-479-5764 (TTY 711)** ដើម្បីទទួលបានសម្រង់តម្លៃ។

បាទ/ចាស ទាក់ទងមកខ្ញុំ

ខ្ញុំសូមប្រកាសថា ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមានចែងខាងលើនៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះគឺពិត ត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញគ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់។ ខ្ញុំក៏ទទួលស្គាល់ និងយល់ព្រមថាខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះគម្រោង Kaiser Foundation Health Plan និងមន្ទីរពេទ្យ (KFH/HP) សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងអស់ដែលជំពាក់គម្រោង Kaiser Foundation Health Plan និងមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ទំនិញ និងសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបាននៅក្រោមកម្មវិធី ("ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសល់")។

**សម្គាល់:** នៅពេលដែលលិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលមិនត្រូវបានផ្តល់ជូន គម្រោង Kaiser Foundation Health Plan និងមន្ទីរពេទ្យ នឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពីទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ឥណទានអ្នកប្រើប្រាស់ និងប្រភពព័ត៌មានភាគីទីបីផ្សេងទៀត ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីវេជ្ជសាស្ត្រសហព័ន្ធ រដ្ឋ និងឯកជន រួមទាំងកម្មវិធី MFA ផងដែរ។

តាមរយៈការដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំនេះ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ KFH/HP ដើម្បីស្នើសុំព័ត៌មានពីទីភ្នាក់ងាររាយការណ៍ឥណទានអ្នកប្រើប្រាស់ និងប្រភពព័ត៌មានភាគីទីបីផ្សេងទៀត ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានផ្តល់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំនេះ ដែលចាត់ទុកថាចាំបាច់។

ហត្ថលេខា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

យើងនឹងខិតខំឱ្យអស់ពីកម្លាំងកាយចិត្តដើម្បីដំណើរការពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកភ្លាមៗ ហើយនៅពេលដែលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានពិនិត្យរួច អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយបញ្ជាក់ពីលទ្ធផល។

## សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា

**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.

**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。

**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.