

Wenn Sie Hilfe bei der Bezahlung von zahnmedizinischen Leistungen oder Rezepten benötigen, die Sie von Kaiser Permanente erhalten haben oder erhalten werden, kann Ihnen unser Programm zur zahnmedizinischen Finanzunterstützung (DFA) helfen. Für eine Antragstellung füllen Sie einen Antrag aus und reichen diesen zusammen mit Angaben zu Ihrem Haushaltseinkommen ein.

### So funktioniert das Programm

- Im Rahmen des Programms werden zeitlich befristete „Zuschüsse“ gewährt, um anspruchsberechtigten Antragstellern/Antragstellerinnen zu helfen, ihre Kosten für Gesundheitsleistungen entsprechend ihren finanziellen Bedürfnissen zu decken.
- Es steht allen Patienten von Kaiser Permanente zur Verfügung, unabhängig davon, ob sie Mitglied sind oder nicht.
- Wenn das Programm genehmigt wird, deckt es dringende oder zahnmedizinisch notwendige Behandlungen durch Anbieter von Kaiser Permanente oder in Einrichtungen von Kaiser Permanente für einen bestimmten Zeitraum ab.
- Der Zuschuss gilt nicht für zahnmedizinische Leistungen, die außerhalb der Einrichtungen von Kaiser Permanente erbracht und abgerechnet werden.

### So qualifizieren Sie sich

**Um sich zu qualifizieren, müssen Sie Folgendes erfüllen:**

**Ihr Haushaltsbruttoeinkommen** (Einkommen vor Steuern und Abzügen) liegt bei 400 % oder weniger der auf Bundesebene festgelegten Armutsgrenze.

<b>Bundesrichtlinien zur Armut (Federal Poverty Guidelines, FPG) 2025</b>				
<b>Wenn die Größe Ihres Haushalts/ Ihrer Familie wie folgt ist:</b>	<b>100 % Zuschuss bei einem monatlichen Haushaltsbruttoeinkommen von bis zu 200 % der FPG</b>	<b>75 % Zuschuss bei einem monatlichen Haushaltsbruttoeinkommen zwischen 201 % und 300 % der FPG</b>	<b>50 % Zuschuss bei einem monatlichen Haushaltsbruttoeinkommen zwischen 301 % und 350 % der FPG</b>	<b>25 % Zuschuss bei einem monatlichen Haushaltsbruttoeinkommen zwischen 351 % und 400 % der FPG</b>
1	Bis zu \$ 2.608	\$ 2.609 bis \$ 3.913	\$ 3.914 bis \$ 4.565	\$ 4.566 bis \$ 5.217
2	Bis zu \$ 3.525	\$ 3.526 bis \$ 5.288	\$ 5.289 bis \$ 6.169	\$ 6.170 bis \$ 7.050
3	Bis zu \$ 4.442	\$ 4.443 bis \$ 6.663	\$ 6.664 bis \$ 7.773	\$ 7.774 bis \$ 8.883
4	Bis zu \$ 5.358	\$ 5.359 bis \$ 8.038	\$ 8.039 bis \$ 9.377	\$ 9.378 bis \$ 10.717
5	Bis zu \$ 6.275	\$ 6.276 bis \$ 9.413	\$ 9.414 bis \$ 10.981	\$ 10.982 bis \$ 12.550
6	Bis zu \$ 7.192	\$ 7.193 bis \$ 10.788	\$ 10.789 bis \$ 12.585	\$ 12.586 bis \$ 14.383





Unter [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) finden Sie die für größere Haushalte geltenden Richtlinien.

### Haben Sie Fragen?

Weitere Informationen zur Inanspruchnahme des DFA-Programms oder zu den bezuschussten zahnmedizinischen Leistungen finden Sie unter [kp.org/dfa](https://kp.org/dfa), telefonisch unter **1-800-813-2000**, (TTY **711**), oder scannen Sie diesen Code.



**So können Sie einen Antrag stellen,** wenn Sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen.

 <b>Online</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zum Herunterladen des DFA-Antragsformulars besuchen Sie <a href="https://kp.org/dfa">kp.org/dfa</a>.</li> <li>• Stellen Sie sicher, dass Sie alle im DFA-Antrag auf der nächsten Seite aufgeführten Angaben machen.</li> </ul>
 <b>Senden Sie es per Fax</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den DFA-Antrag auf der nächsten Seite aus.</li> <li>• Senden Sie Ihren vollständig ausgefüllten Antrag per Fax an <b>1-877-829-3547</b>.</li> </ul>
 <b>Per Post schicken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den DFA-Antrag auf der nächsten Seite aus.</li> <li>• Senden Sie Ihren vollständig ausgefüllten Antrag an: Kaiser Permanente DFA Program 500 NE Multnomah St. Portland, OR, 97232</li> </ul>
 <b>Vor Ort abgeben</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den DFA-Antrag auf der nächsten Seite aus.</li> <li>• Geben Sie Ihren ausgefüllten Antrag am Aufnahmeschalter (Check-in) in einer beliebigen Einrichtung von Kaiser Permanente ab. Bei Fragen zu DFA rufen Sie bitte <b>503-813-2000</b> an.</li> </ul>

**Wichtig:** Unabhängig davon, ob Sie Ihren Antrag, per Post oder Fax stellen oder ihn persönlich abgeben, achten Sie bitte darauf, den Antrag möglichst vollständig auszufüllen. Fehlende Angaben können die Bearbeitung Ihres Antrags verzögern und zur Ablehnung der Finanzunterstützung führen.

**Was passiert nach der Antragstellung?** Nach Prüfung Ihres vollständig ausgefüllten Antrags teilen wir Ihnen innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Eingang des Antrags eines der folgenden Ergebnisse mit:

- Wenn Ihr Antrag bewilligt wird, erhalten Sie ein Schreiben, in dem Sie über Ihre finanzielle Unterstützung informiert werden.
- Wenn Ihr Antrag unvollständig ist, erhalten Sie ein Schreiben, in dem erläutert wird, welche Informationen für die Bearbeitung Ihres Antrags erforderlich sind. Sie können die angeforderten Informationen, z. B. Einkommensnachweise oder Kopien zu Ihren Ausgaben, entweder per Post zusenden oder persönlich abgeben.
- Wenn Ihr Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie ein Schreiben, in dem Ihnen die Gründe für die Ablehnung mitgeteilt werden. In diesem Fall können Sie gegen unsere Entscheidung Widerspruch einlegen.

### **Benötigen Sie Hilfe?**

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des Antrags benötigen, wenden Sie sich telefonisch an **1-800-813-2000** (TTY **711**), Montag bis Freitag, von 08:30 bis 17:00 Uhr PST.

### **Weitere hilfreiche Programme und zusätzliche Ressourcen**

Wir sind für Sie da, um Sie zu unterstützen, wo immer es uns möglich ist. Wenn Sie Hilfe bei lebensnotwendigen Dingen wie Essen, Unterkunft, Internet oder anderen Dienstleistungen benötigen, kann Ihnen der Kaiser Permanente Community Support Hub™ helfen, Kontakt zu Ressourcen in Ihrer Gemeinde aufzunehmen. Rufen Sie **1-800-443-6328** (TTY **711**) an, Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 17:00 Uhr, oder besuchen Sie [kp.org/socialhealth](https://kp.org/socialhealth).

## Einkommensnachweise

Die Überprüfung der Einkommensverhältnisse ist Teil der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf medizinische Finanzhilfe. Fügen Sie Ihrem ausgefüllten Antrag Einkommensnachweise bei, damit die Richtigkeit Ihres Einkommens während der Prüfung bestätigt werden kann.

Patienten/Patientinnen, die sich dafür entscheiden, ihren finanziellen Status durch die Vorlage von finanziellen Unterlagen nachzuweisen, können ihre aktuellsten Lohn-/Gehaltsabrechnungen oder ihre Einkommenssteuererklärung für das derzeitige Steuerjahr als Einkommensnachweis einreichen. Kaiser Permanente akzeptiert auch zusätzliche Einkommensnachweise. In der nachstehenden Tabelle sind die Unterlagen aufgeführt, die Sie je nach Einkommensquelle(n) Ihres Haushalts einreichen müssen. Reichen Sie keine Originaldokumente ein.

<b>Quelle(n) des Haushaltseinkommens</b>	<b>Geben Sie für jede Einkommensquelle nur eine der folgenden Informationen an</b>
Einkünfte aus Gewerbebetrieb/Vermietung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung</li> </ul>
Einkünfte aus Beschäftigung/Lohn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die beiden letzten Lohn-/Gehaltsabrechnungen,</li> <li>• aktuelle Erklärungen W-2, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung</li> </ul>
Erhaltene Einkünfte aus Pensionen/ Ruhestandsbezügen/Renten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die beiden letzten Lohn-/Gehaltsabrechnungen,</li> <li>• aktuelle Erklärungen W-2, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung</li> </ul> <p>Beispiele für andere Optionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentenbescheid, Bescheinigung über Ruhestandsbezüge</li> </ul>
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die beiden letzten Lohn-/Gehaltsabrechnungen,</li> <li>• aktuelle Erklärungen W-2, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung</li> </ul>
Bezüge aus Sozialleistungen/ ergänzenden Sozialleistungen	<p>Beispiele für andere Optionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bescheinigung der Sozialversicherung (Social Security Administration) über Leistungen</li> </ul>
Bezüge bei Arbeitslosigkeit/ Erwerbsunfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuelle Erklärungen W-2, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung</li> </ul> <p>Beispiele für andere Optionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bescheinigung über Leistungen bei Arbeitslosigkeit/Erwerbsunfähigkeit</li> </ul>
Bezüge aus Veteranenleistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuelle Erklärungen W-2, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung</li> </ul> <p>Beispiele für andere Optionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bescheinigung über Leistungen für Veteranen</li> </ul>
Staatliche Unterstützung (z. B. Medicaid, TANF, SNAP, WIC oder Sozialwohnung)	<p>Beispiele für andere Optionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bescheinigung über die Anspruchsberechtigung</li> </ul>
Einkünfte aus Zinsen oder Dividenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuelle Steuererklärung</li> </ul>
Erhaltene Unterhaltsleistungen für Ehegatten/Kinder	<p>Beispiele für andere Optionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Schreiben aus dem das monatliche Bruttoeinkommen aus Kindes- oder Ehegattenunterhalt hervorgeht</li> </ul>
Kein Haushaltseinkommen	<p>Beispiele für andere Optionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schriftliche Bescheinigung/Erklärung</li> </ul>

## Programme zur zahnmedizinischen Finanzunterstützung (Dental Financial Assistance Program, DFA)

### Abschnitt 1: Patientendaten

NAME		KRANKENAKTENNUMMER (OPTIONAL)	
GEBURTSDATUM	SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER (OPTIONAL)	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Sozialversicherungsnummer	
POSTANSCHRIFT (STRASSE)			
ORT		BUNDESSTAAT	POSTLEITZAHL
Ist der Patient/die Patientin aktuell obdachlos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		HAUPTTELEFONNUMMER	<input type="checkbox"/> Zu Hause <input type="checkbox"/> Mobiltelefonnummer <input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Sonstiges

Nimmt der Patient/die Patientin an einem staatlichen Hilfsprogramm teil, wie z. B. dem Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), der Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), Sozialwohnungen oder Medicaid? ☐ Ja ☐ Nein

### Abschnitt 2: Informationen zum Haushalt

**Haushaltsgröße:** Zur Familie oder zum Haushalt des Patienten/der Patientin gehören:

- Bei Personen im Alter von mindestens 18 Jahren – Ehegatten, Partner und unterhaltsberechtigter Kinder im Alter unter 21 Jahren oder beliebigem Alter, wenn eine Behinderung vorliegt, unabhängig davon, ob diese zuhause leben oder nicht. Bei Personen im Alter von 18 bis 20 Jahren umfassen Familienmitglieder zudem Eltern, betreuende Verwandte und unterhaltsberechtigter Kinder der Eltern oder betreuenden Verwandten im Alter unter 21 Jahren oder beliebigem Alter, wenn eine Behinderung vorliegt.
- Bei Personen unter 18 Jahren – Eltern, betreuende Verwandte und andere Kinder im Alter unter 21 Jahren oder beliebigem Alter, wenn eine Behinderung vorliegt.

**Haushaltseinkommen (monatlich): Gesamtbruttoeinkommen** (Einkommen vor Steuern und Abzügen) **aller Haushaltsmitglieder** über 18 Jahre. Kreuzen Sie ALLE zutreffenden Einkommensarten an:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Gewerbebetrieb/<br>Vermietung                    | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld / Leistungen wegen<br>Erwerbsunfähigkeit   |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Beschäftigung / Lohn                             | <input type="checkbox"/> Erhaltene Unterhaltsleistungen für<br>Ehegatten/Kinder  |
| <input type="checkbox"/> Bezüge aus Veteranenleistungen                                 | <input type="checkbox"/> Erhaltene Einkünfte aus Pensionen/<br>Ruhestandsbezügen/Renten                                    |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Zinsen oder<br>Dividenden                        | <input type="checkbox"/> Niemand in meinem Haushalt hat in den<br>letzten 2 Monaten ein Einkommen erzielt<br>oder erhalten |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbstständiger<br>Tätigkeit                     |  |
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherungsleistungen /<br>ergänzende Sozialleistungen |  |

Ist das jährliche Bruttoeinkommen aller Haushaltsmitglieder Null, kreuzen Sie das entsprechende Feld oben an und erläutern Sie unten, wie die erwachsenen Familienmitglieder im Haushalt sich ohne Einkommen mit Lebensmitteln, Unterkunft, Strom/Wasser usw. und weiteren Lebensgrundlagen versorgen.

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

**Bitte geben Sie alle Mitglieder Ihres Haushalts an, die einen Antrag auf zahnmedizinische Finanzunterstützung stellen.**

<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Beziehung</b>	<b>Krankenakten-Nr.</b>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### **Abschnitt 3: Patienteneinwilligung**

Werden keine Einkommensnachweise beigelegt, verwendet Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFHP/H) Informationen von Wirtschaftsauskunfteien und weiteren Informationsquellen, um die Anspruchsberechtigung für medizinische Programme auf Bundesebene und bundesstaatlicher Ebene sowie private medizinische Programme, darunter das DFA-Programm, festzustellen.

- ☐ Kreuzen Sie das Kontrollkästchen an, wenn Sie nicht möchten, dass KFHP/H Informationen von Wirtschaftsauskunfteien und weitere Informationsquellen von Dritten nutzt, um Ihre Anspruchsberechtigung für medizinische Programme auf bundesstaatlicher sowie einzelstaatlicher oder privater Ebene, einschließlich des DFA-Programms, festzustellen („Opt-out“). In diesem Fall müssen Sie Ihrem Antrag Einkommensnachweise beilegen, damit die Anspruchsberechtigung festgestellt werden kann.

Ich erkläre hiermit, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben in jeder Hinsicht wahrheitsgemäß, genau und vollständig sind. Ebenfalls verstehe ich und bin damit einverstanden, dass ich gegenüber KFHP/H für alle Beträge hafte, die ich KFHP/H für medizinische Güter und Leistungen schulde, die im Rahmen des Programms nicht erstattungsfähig sind (die „Restbeträge“).

UNTERSCHRIFT	DATUM
_____	_____

Es werden alle zumutbaren Anstrengungen unternommen, um Ihren Antrag schnell zu bearbeiten. Wenn Ihr Antrag geprüft wurde, erhalten Sie ein Schreiben, in dem Sie über die Entscheidung informiert werden.

# 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. 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 facility, 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، فنتوفر خدمات المساعدة اللغوية بصورة مجانية على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. 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 منشأة تابعة لـ Kaiser Permanente، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 5 بعد الظهر. وتتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل توفير المستندات بطريقة برايل ومطبوعة بحروف كبيرة أو بشكل تسجيل صوتي أو بتسجيلات 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: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն 1-800-464-4000 (TTY 711) հեռախոսահամարով կամ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Kaiser Permanente ցանկացած հաստատության գրանցման սեղանը երկուշաբթից 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。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 Kaiser Permanente 的任何医疗机构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 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 (TTY 711) 1-800-464-4000 تماس بگیرید یا برای اطلاعات بیشتر به میز ثبت نام در هر یک از مراکز Kaiser Permanente مراجعه کنید. کمک ها و خدمات برای افراد معلول، از جمله اسناد با خط بریل، چاپ درشت، فرمت صوتی و سایر قالب های 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 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, Kaiser Permanente के किसी भी सुविधा-केंद्र में किसी भी पंजीकरण डेस्क पर जाएँ। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ भी उपलब्ध हैं, जैसे उभरे अक्षरों में दस्तावेज़, बड़े प्रिंट, ऑडियो और अन्य सुगम इलेक्ट्रॉनिक फ़ॉर्मेट।

**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. 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 ua hauj lwm 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、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 施設の受付カウンターへお尋ねください（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、その他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។ ទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងផ្នែកសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងតាមលេខ 1-800-464-4000 (TTY 711) ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ឬចូលទៅកាន់កន្លែងចុះឈ្មោះណាមួយសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមនៅមណ្ឌលព្យាបាលរបស់ Kaiser Permanente ណាមួយពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្តាប អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបានផ្សេងទៀតក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។

**Korean:** 귀하가 사용하는 언어로 도움이 필요한 경우, 연중무휴 24 시간 무료로 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 가입자 서비스 연락 센터에 1-800-464-4000(TTY 711)번으로 전화하여 도움을 요청하거나 Kaiser Permanente 시설에 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, ກໍຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ໂທຫາ ສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-464-4000 (TTY 711) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ເຂົ້າໄປຫາໂຕະລົງທະບຽນໃດກໍໄດ້ ເພື່ອສອບຖາມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຢູ່ສະຖານທີ່ໃຫ້ບໍລິການຂອງ Kaiser Permanente ແຕ່ງໃດກໍໄດ້, ແຕ່ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ. ນອກຈາກນັ້ນ, ກໍຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆ ສໍາລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ສຽງບັນທຶກ ແລະ ຮູບແບບເອເລັກໂຕນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.

**Mien:** Beiv hnavg meih qiemx 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. 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 facility yaac duqv, yiem leiz-baaix-yietv mingh taux leiz-baaix-hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 5 diemv ziangh hoc lungn hmuangx. Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jauv-louc tengx ziux goux wuaaic fangx mienh, dorh nyungc horngh sou zoux benx nzangc-pokc bun hluo, nqaapv bieqc domh zeiv-fangx, zoux benx waac-qiez bun muangx, aengx caux da'nyeic nyungc horngh gong yiem ga'nyuoz electronic bun longc oc.

**Navajo:** Saad Diné k'ehjì' bee shiká a'doowoł ninízingo, t'áá jíík'e nábeehaz'á, t'áá áhwííjí t'áá áhwíítł'éé', tsosts'idjì áá'át'é. Member Service Contact Centerjì' hodíílni 1-800-464-4000 (TTY 711) éí doodago t'ááni Kaiser Permanente Azee' Bee Haz'ánígíí ádaal'íníjì' díínáál dóó baa nidíníitaal damóo biiskání dóó niléí nida'iíníshjì' aa'adaat'é abínígo tseebíí bik'i dahazk'ęęzgo dóó yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjì' ná áá'át'é. T'áá háída bits'íí' dóó binisíkeęs bee bich'í' anídahast'í'ígíí bá ahoot'í' nááná t'áá háída doo da'oo'íinii binaaltsoos yee deíyólta'ígíí bá hólq áldo' áádóó saad nitsaago bee bik'i da'ashchínígíí áldo' hólq nááná saad bik'i naha'nííígíí ná hólq nááná béesh bee t'áá bí nitsídaakeęsígíí al'áá ádaa t'éego bee nahwidinitingo áldo' 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 ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-464-4000 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ Kaiser Permanente ਸਹੂਲਤ ਵਿੱਚ, ਸੋਮਵਾਰ 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. За помощью и информацией обращайтесь в контактный центр отдела обслуживания участников по номеру 1-800-464-4000 (TTY: 711) или на стойку регистрации любого учреждения 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. 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 centro de atención 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. 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 pasilidad 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 โปรดติดต่อศูนย์ติดต่อบริการสมาชิกที่ 1-800-464-4000 (TTY 711) หากต้องการความช่วยเหลือ หรือไปที่โต๊ะลงทะเบียนที่ สำนักงาน 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. 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 закладу 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, 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 cơ sở 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.