

Программа финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания (Medical Financial Assistance, MFA)

Если вам требуется помощь в оплате медицинских услуг или отпускаемых по рецепту лекарств, которые вы уже получили или планируете получить от Kaiser Permanente, она может быть предоставлена в рамках нашей программы финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания (MFA). Чтобы подать заявку, заполните и отправьте соответствующую форму, указав в ней сведения о доходе домохозяйства.

Как работает программа

- Эта программа предусматривает предоставление временных пособий для покрытия затрат заявителей, соответствующих ее критериям, на медицинское обслуживание в зависимости от их финансовых потребностей.
- Она доступна для всех пациентов Kaiser Permanente, в том числе тех, кто не является участником планов медицинского страхования.
- В случае предоставления пособия программа будет покрывать экстренное/неотложное или необходимое по медицинским показаниям обслуживание у поставщиков услуг Kaiser Permanente или в учреждениях Kaiser Permanente в течение указанного времени.
- Это пособие не распространяется на медицинские услуги, предоставляемые не в учреждениях Kaiser Permanente, и счета на оплату таких услуг.

Условия включения в программу

Чтобы получить право на участие в программе, вы должны соответствовать **ОДНОМУ** из следующих наборов критериев:

1. **Доход.** Совокупный доход вашего домохозяйства (до уплаты налогов и прочих вычетов) не должен превышать 300% федерального прожиточного минимума (federal poverty level, FPL).
 - Посетите страницу kp.org/helppaybills (на английском языке), чтобы узнать критерии дохода для получения финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания.
 - **Дополнительные сведения для домохозяйств с большим количеством членов.** Если в вашем домохозяйстве более 6 членов, посетите страницу aspe.hhs.gov/poverty, где представлена информация о критериях для домохозяйств с большим количеством членов.
2. Ваши **собственные расходы** на экстренное или необходимое по медицинским показаниям обслуживание, стоматологическую помощь и медикаментозное лечение за 12-месячный период составляют **не менее 10% совокупного дохода вашего домохозяйства**.
 - К собственным расходам относятся доплаты, доли стоимости и безусловные франшизы.
 - Не считаются собственными расходами любые платежи за сам план медицинского страхования, например ежемесячные страховые взносы.

У вас есть вопросы?

Чтобы получить более подробную информацию об условиях программы MFA или узнать, на какие медицинские услуги она распространяется, перейдите на страницу kp.org/helppaybills, позвоните на номер **1-866-899-6018** либо отсканируйте этот код.

Чтобы узнать больше о вариантах покрытия медицинского обслуживания, позвоните нам по телефону **1-800-479-5764** (TTY: 711).



Как подать заявку

Если вы соответствуете требованиям программы, можете подать заявку любым из описанных ниже способов.

 Онлайн	- Заполните заявку на участие в программе MFA онлайн на странице kp.org/helppaybills. - Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в форме заявки на участие в программе MFA на следующей странице.
 По факсу	- Заполните заявку на участие в программе MFA на следующей странице. - Отправьте заполненную заявку по факсу на номер 1-855-300-3684.
 По почте	- Заполните заявку на участие в программе MFA на следующей странице. - Отправьте заполненную заявку почтой на адрес: Northfield Support Services 11000 E. 45th Avenue Denver, CO 80239-3003
 Лично	- Заполните заявку на участие в программе MFA на следующей странице. - Оставьте заполненную заявку в регистратуре для пациентов в любом медицинском учреждении Kaiser Permanente.
 С помощью финансового консультанта	- Обратитесь к финансовому консультанту в одном из определенных нами учреждений. Финансовые консультанты работают с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 по стандартному горному времени (Mountain Standard Time, MST). - Будьте готовы предоставить всю информацию, указанную в форме заявки на участие в программе MFA на следующей странице.

Важная информация! Каким бы способом вы ни подавали заявку — онлайн, по почте, факсом или лично, — предоставляйте как можно больше информации. Отсутствие каких-либо данных в заявке может замедлить ее рассмотрение и стать основанием для отказа в предоставлении финансовой помощи.

Чего ожидать после подачи заявки

В течение 30 (тридцати) дней с момента получения заполненной вами заявки мы проинформируем вас о результатах ее рассмотрения.

- Если заявка одобрена, вы получите письменное уведомление о предоставлении денежного пособия.
- Если заявка не содержит всей необходимой информации, вы получите письмо, в котором будет указано, какая информация требуется для обработки вашей заявки. Запрашиваемую информацию, например подтверждение доходов или копии документов о ваших собственных расходах, можно отправить по почте или предоставить лично.
- Если заявка отклонена, вы получите письмо с указанием причин отказа, и в этом случае у вас есть право подать апелляцию на наше решение.

Нужна помощь?

Если у вас возникли вопросы, вам требуется помощь в подаче заявки или нужно уточнить ее статус, обращайтесь по телефону **1-866-899-6018** с понедельника по четверг с 10:00 до 15:00 по MST. Вы также можете пообщаться с финансовым консультантом в определенных нами учреждениях Kaiser Permanente.

Другие полезные программы и дополнительные ресурсы

Мы готовы оказать вам любую возможную поддержку. Если вам нужна помощь в решении таких жизненно важных вопросов, как питание, жилье, оплата доступа в Интернет или других коммунальных услуг, Kaiser Permanente Community Support Hub™ может помочь вам найти необходимые ресурсы по месту жительства. Звоните на номер **1-800-443-6328** (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00 или посетите сайт kp.org/socialhealth (на английском языке).

Подтверждение доходов

Для определения размера финансовой помощи необходимо предоставить информацию о доходах. Если к заполненной заявке прилагаются **документы, содержащие сведения о доходах**, это облегчает проверку предоставленной информации.

Все члены домохозяйства в возрасте от 18 лет должны сообщить о своих доходах и предоставить два последних расчетных листа, налоговую декларацию за текущий год или другие подтверждающие документы в зависимости от источника доходов.

Предоставьте **по одному документу для каждого вида дохода** из числа указанных в таблице ниже. **Не предоставляйте оригиналы документов**, только их копии.

Вид дохода домохозяйства	Предоставьте по одному документу для каждого вида дохода
Доход от предпринимательской деятельности / аренды	Действительные формы W-2, 1099 или налоговая декларация
Доход от работы по найму / заработная плата	Два последних расчетных листа ИЛИ действительные формы W-2, 1099 либо налоговая декларация
Пенсия / выходное пособие / ежегодные выплаты, установленные договором	Два последних расчетных листа, ИЛИ действительные формы W-2, 1099 либо налоговая декларация, ИЛИ справка о пенсии / выходном пособии
Доход самозанятого лица	Два последних расчетных листа ИЛИ действительные формы W-2, 1099 либо налоговая декларация
Социальное пособие / дополнительный доход по социальному обеспечению (Supplemental Security Income, SSI)	Письмо о назначении выплат от органа социального обеспечения ИЛИ справка, выданная органом социального обеспечения
Пособие по безработице / инвалидности	Действительные формы W-2, 1099 либо налоговая декларация ИЛИ письмо о назначении выплат
Пособие для ветеранов	Действительные формы W-2, 1099 либо налоговая декларация ИЛИ письмо с подтверждением назначения пособия для ветеранов от Министерства по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs, VA)
Государственная помощь (например, по программе Medicaid, программе временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программе обеспечения дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) или программе предоставления социального жилья)	Письмо с подтверждением участия в соответствующей программе или права на участие в ней
Доход в виде процентов или дивидендов	Последняя налоговая декларация
Выплаты на содержание ребенка / алименты, выплачиваемые супругу/супруге	Справка о ежемесячном доходе от выплат на содержание ребенка или алиментов
Отсутствие доходов у домохозяйства	Письменное объяснение или подписанное заявление

**Заявка на участие в программе финансовой помощи для оплаты
медицинского обслуживания (Medical Financial Assistance, MFA)****Раздел 1. Сведения о пациенте**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ		НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО) ☐ У меня нет номера социального страхования		
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (УЛИЦА, НОМЕР ДОМА)			
ГОРОД		ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Пациент в настоящее время является бездомным? ☐ Да ☐ Нет		ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА	☐ Домашний ☐ Мобильный ☐ Рабочий ☐ Другой

Пациент зарегистрирован в программах помощи, предоставляемых штатом, например в программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), программе обеспечения дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC), программах предоставления социального жилья или Medicaid? ☐ Да ☐ Нет

Раздел 2. Сведения о домохозяйстве

Информация о количестве членов домохозяйства помогает определить, соответствует ли доход пациента критериям для получения финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания. При подсчете членов домохозяйства обязательно учитывайте заявителя.

1. В случае пациентов в возрасте от 18 лет в число членов домохозяйства включаются следующие лица:

- Супруг (супруга) или гражданский партнер.
- Дети в возрасте до 21 года или любого возраста, если у них есть инвалидность, в соответствии с правилами федерального Управления социального обеспечения, независимо от того, проживают ли они дома. Дети в возрасте 21 года и старше, находящиеся на иждивении, должны **подавать отдельную заявку** на получение финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания.

2. В случае пациентов в возрасте до 18 лет или детей в возрасте 18–20 лет, находящихся на иждивении, в число членов домохозяйства включаются следующие лица:

- Родители.
- Опекуны-родственники.
- Другие дети родителей или опекунов-родственников, находящиеся на их иждивении, в возрасте до 21 года или любого возраста, если у них есть инвалидность, в соответствии с правилами федерального Управления социального обеспечения.

Шаг 1. Укажите всех лиц, проживающих в домохозяйстве, даже если они не подают заявку на получение финансовой помощи для оплаты медицинского обслуживания.

Шаг 2. Для каждого лица, указанного в списке, поставьте отметку «Да», если оно подает заявку на получение помощи, или «Нет», если не подает, а также укажите, имеет ли это лицо доход.

Шаг 3. Подсчитайте всех указанных лиц и укажите общее количество членов домохозяйства.

Полное имя	Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	Кем приходится пациенту	Номер медицинской карты	Подает ли заявку на MFA	Является ли лицом в возрасте от 18 лет, имеющим доход
				☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
				☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
				☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
				☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
				☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
В случае необходимости добавьте еще одну страницу.			Общее количество членов домохозяйства		

Доход домохозяйства (ежемесячный). Укажите сумму совокупного дохода (до уплаты налогов и прочих вычетов) всех членов домохозяйства в соответствии с определением, приведенным на предыдущей странице. Отметьте ВСЕ подходящие виды доходов.

- | | |
|---|--|
| ☐ Доход от предпринимательской деятельности / аренды | ☐ Выплаты на содержание ребенка / алименты, выплачиваемые супругу/супруге |
| ☐ Доход от работы по найму / заработная плата | ☐ Пенсия / выходное пособие / ежегодные выплаты, установленные договором |
| ☐ Пособие для ветеранов | ☐ В домохозяйстве никто не имеет заработка и не получал доход за последние 2 месяца |
| ☐ Доход в виде процентов или дивидендов | |
| ☐ Доход самозанятого лица | |
| ☐ Социальное пособие / дополнительный доход по социальному обеспечению | |
| ☐ Пособие по безработице/инвалидности | |

Если совокупный годовой доход всех членов домохозяйства равен нулю, отметьте выше пункт «В домохозяйстве никто не имеет заработка и не получал доход». Ниже предоставьте письменное объяснение того, как взрослые члены домохозяйства обеспечивают удовлетворение своих базовых потребностей, в частности в питании, жилье, коммунальных услугах и т. д., не получая дохода.

\$ _____

Расходы на медицинское обслуживание. Укажите общую сумму собственных расходов за 12 месяцев на экстренную медицинскую помощь либо необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставленные Kaiser Permanente или любым другим поставщиком медицинских услуг. Расходы могут включать доплаты, залоги, доли стоимости и безусловные франшизы для оплаты соответствующих требованиям услуг медицинского, стоматологического или фармацевтического характера.

\$ _____

У вас нет страховки? Kaiser Permanente может помочь. Если у вас нет покрытия медицинского обслуживания, мы можем помочь вам изучить доступные варианты. Отметьте этот пункт, если вы хотите, чтобы представитель Kaiser Permanente связался с вами и обсудил доступные варианты. Или же вы можете позвонить нам на номер **1-800-479-5764** (TTY: **711**) и получить ценовое предложение.

☐ Да, свяжитесь со мной

Раздел 3. Согласие пациента

В случае непредоставления документов, подтверждающих доход, чтобы определить соответствие критериям федеральных программ, программ штата, а также частных медицинских программ, в том числе программы MFA, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFHP/H) будет использовать информацию агентств, занимающихся сбором данных о потребительском кредитовании, и другие сторонние источники информации.

- ☐ Отметьте этот пункт, если не хотите, чтобы для определения соответствия критериям федеральных программ, программ штата, а также частных медицинских программ, в том числе программы MFA, организация KFHP/H использовала информацию агентств, занимающихся сбором данных о потребительском кредитовании, и другие сторонние источники информации («отказ»). В случае отказа вам необходимо будет предоставить вместе с заявкой документы о доходах для определения права на участие в программе.

Настоящим заявляю, что вся изложенная выше информация в данной заявке является во всех отношениях верной, точной и полной. Я также понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность перед KFHP/H за все суммы, причитающиеся KFHP/H за медицинские товары и услуги, которые не соответствуют условиям программы («оставшиеся суммы»).

ПОДПИСЬ

ДАТА

Мы приложим все обоснованные усилия для своевременной обработки вашей заявки, и после ее рассмотрения вы получите письмо с информацией о результатах.

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 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: 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 1-800-464-4000 (TTY 711) 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 ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប 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 ແຫ່ງໃດກໍໄດ້, ແຕ່ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ. ນອກຈາກນັ້ນ, ກໍຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆ ສໍາລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ສຽງບັນທຶກ ແລະ ຮູບແບບເອເລັກໂຕນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.

Mien: Beiv hnanv 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 lungh ndorm mingh taux 5 diemv ziangh hoc lungh 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 áhwiíjì t'áá áhwiítł'éé', tsosts'idjì áá'át'é. Member Service Contact Centerjì' hodiíłni 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'íínii binaaltsoos yee deíyólta'ígíí bá hólq áldo' áádóó saad nitsaago bee bik'i da'ashchínígíí áldo' hólq nááná saad bik'i naha'níhígíí ná hólq nááná béesh bee t'áá bí nitsídaakęęsígíí 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.