

Program Medical Financial Assistance (MFA)

Jeśli potrzebujesz pomocy w opłaceniu usług opieki zdrowotnej lub leków na receptę, które otrzymujesz lub masz otrzymać od Kaiser Permanente, możesz skorzystać z naszego programu Medical Financial Assistance (MFA) (program pomocy finansowej w opłaceniu kosztów opieki medycznej). Aby złożyć wniosek, wypełnij i prześlij formularz zawierający informacje o dochodach gospodarstwa domowego.

Zasady działania programu

- Program oferuje tymczasowe „świadczenia” pomagające wnioskodawcom kwalifikującym się do programu w opłaceniu opieki w oparciu o ich potrzeby finansowe.
- Program jest dostępny dla wszystkich pacjentów Kaiser Permanente, niezależnie od tego, czy są członkami planu.
- Jeśli pacjentowi zostanie przyznane świadczenie, program obejmuje ubezpieczeniem nagłą/pilną lub medycznie niezbędną opiekę świadczoną przez usługodawców Kaiser Permanente lub w placówkach Kaiser Permanente przez określony czas.
- Świadczenie nie obejmuje usług opieki zdrowotnej świadczonych i opłacanych poza placówkami Kaiser Permanente.

Kryteria kwalifikowalności do programu Aby zakwalifikować się do programu, trzeba spełnić JEDEN z poniższych zestawów kryteriów:

1. Dochód brutto gospodarstwa domowego (dochód przed opodatkowaniem i odliczeniami) wynosi 300% lub mniej wartości federalnego progu ubóstwa.

LUB

2. Koszty opieki zdrowotnej pokrywane z własnej kieszeni za opiekę w nagłych wypadkach lub niezbędną opiekę medyczną, opiekę dentystyczną i leki w okresie 12 miesięcy są równe lub wyższe niż 10% dochodu brutto gospodarstwa domowego.
 - Koszty pokrywane z własnej kieszeni obejmują współpłatności, współubezpieczenie i udział własny.
 - Koszty pokrywane z własnej kieszeni nie obejmują jakichkolwiek opłat za sam plan ubezpieczenia zdrowotnego, takich jak miesięczna składka.

Federalne wytyczne dotyczące progu ubóstwa 2025 (FPG)

Jeśli liczba osób w gospodarstwie domowym/rodzinie to:	100% świadczenia przy miesięcznym dochodzie brutto gospodarstwa domowego na poziomie lub poniżej 200% FPG	50% świadczenia przy miesięcznym dochodzie brutto gospodarstwa domowego na poziomie od 201% do 300% FPG
1	Do \$2,608	\$2,609 do \$3,913
2	Do \$3,525	\$3,526 do \$5,288
3	Do \$4,442	\$4,443 do \$6,663
4	Do \$5,358	\$5,359 do \$8,038
5	Do \$6,275	\$6,276 do \$9,413
6	Do \$7,192	\$7,193 do \$10,788

Informacje o wytycznych dla większych gospodarstw domowych można znaleźć na stronie aspe.hhs.gov/poverty.

Pytania?

Aby uzyskać więcej informacji na temat kwalifikowania się do programu MFA lub sprawdzić, które usługi opieki zdrowotnej są opłacane w ramach programu, odwiedź stronę kp.org/mfa, zadzwoń pod numer **1-844-412-0919**, (TTY 711), lub zeskanuj ten kod.

Aby uzyskać więcej informacji na temat opcji ubezpieczenia zdrowotnego, zadzwoń do nas pod numer **1-800-479-5764** (TTY 711).



Jak zgłosić się do programu

Jeśli spełniasz wymagania dotyczące kwalifikowalności, możesz złożyć wniosek na jeden z poniższych sposobów.

 Online	- Zgłoś się do programu MFA online na stronie kp.org/mfa wypełnij formularz „Złóż wniosek online” (Apply Online), a otrzymasz link do złożenia wniosku. - Przygotuj się, aby podać wszystkie informacje wymienione we wniosku MFA na następnej stronie.
 Faks	- Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie. - Wypełniony wniosek prześlij faksem pod numer 1-855-414-1713.
 Poczta	- Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie. - Wypełniony wniosek wyślij na adres: Kaiser Permanente MFA Program 400 Garden City Drive, 2nd Floor Hyattsville, MD 20785
 Osobiście	- Wypełnij wniosek MFA na następnej stronie. - Wypełniony wniosek złóż w Dziale obsługi klienta w dowolnym centrum medycznym Kaiser Permanente.

Ważne! Składając wniosek przez Internet, pocztą, faksem lub osobiście, pamiętaj o jak najdokładniejszym wypełnieniu wniosku. Brakujące informacje mogą opóźnić proces rozpatrywania wniosku i skutkować odmową przyznania pomocy.

Czego oczekiwać po złożeniu wniosku

Po rozpatrzeniu wypełnionego wniosku poinformujemy o jednej z następujących naszej decyzji w ciągu trzydziestu (30) dni od jego otrzymania:

- Jeśli wniosek zostanie zatwierdzony, otrzymasz pismo z powiadomieniem o przyznaniu środków finansowych.
- Jeśli wniosek jest niekompletny, otrzymasz pismo z prośbą o podanie informacji niezbędnych do jego rozpatrzenia. Wymagane informacje można przesłać pocztą lub dostarczyć osobiście; mogą one obejmować potwierdzenie dochodów lub kopie dokumentów potwierdzających wydatki własne.
- Jeśli wniosek zostanie odrzucony, otrzymasz pismo z powiadomieniem o przyczynach odrzucenia. W takim przypadku możesz odwołać się od naszej decyzji.

Potrzebujesz pomocy?

W razie pytań lub problemów z wypełnieniem wniosku możesz zadzwonić pod numer **1-844-412-0919** (TTY **711**), od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9:30 do 15:30 EST. Możesz również porozmawiać z przedstawicielem Działu obsługi klienta w dowolnej placówce Kaiser Permanente.

Inne programy świadczeń i dodatkowe zasoby

Jesteśmy tu, aby Ci pomóc. Jeśli potrzebujesz pomocy w zaspokojeniu podstawowych potrzeb, takich jak żywność, mieszkanie, opłacenie Internetu lub innych mediów, centrum pomocy dla społeczności Kaiser Permanente Community Support Hub™ może skierować do potrzebnych zasobów w społeczności. Należy zadzwonić pod numer **1-800-443-6328** (TTY **711**), od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 17:00 lub odwiedzić stronę kp.org/socialhealth.

Dokumentacja potwierdzająca dochody

Weryfikacja dochodu jest częścią ustalania kwalifikowalności do pomocy finansowej związanej z opieką medyczną. Dołączenie dokumentacji potwierdzającej dochody do wypełnionego wniosku pomoże w szybkim ustaleniu dochodów podczas procesu weryfikacji.

Pacjenci, którzy zdecydują się zweryfikować swój status finansowy poprzez dostarczenie dokumentacji finansowej, jako potwierdzenie dochodu mogą przedstawić ostatnie odcinki wypłaty lub zeznanie podatkowe za bieżący rok podatkowy. Kaiser Permanente akceptuje również dodatkowe dokumenty potwierdzające dochody. Poniższa tabela zawiera listę opcjonalnych dokumentów, które należy przedłożyć w zależności od źródła(-eł) dochodu gospodarstwa domowego.

Źródło(-a) dochodu gospodarstwa domowego	Podaj tylko jedno z poniższych na każde źródło dochodu
Dochód z prowadzenia działalności/najmu	Ostatnie formularze W-2, formularz(e) 1099 lub zeznanie podatkowe
Dochód/wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia	- Dwa ostatnie odcinki wypłaty - Ostatnie formularze W-2, formularz(e) 1099 lub zeznanie podatkowe
Dochód z otrzymywanych rent/emerytur	- Dwa ostatnie odcinki wypłaty - Ostatnie formularze W-2, formularz(e) 1099 lub zeznanie podatkowe Przykłady innych opcji: - Oświadczenie o wypłacie emerytury/renty
Dochód z tytułu samozatrudnienia	- Dwa ostatnie odcinki wypłaty - Ostatnie formularze W-2, formularz(e) 1099 lub zeznanie podatkowe
Dochód z ubezpieczenia społecznego/uzupełniającego	Przykłady innych opcji: - Dokument weryfikujący świadczenia od Social Security Administration (Administracji Ubezpieczeń Społecznych) - Oświadczenie o ubezpieczeniu społecznym
Dochód z zasiłku dla osób bezrobotnych/z tytułu niezdolności do pracy	- Ostatnie formularze W-2, formularz(e) 1099 lub zeznanie podatkowe Przykłady innych opcji: - Dokument weryfikujący świadczenia dla osób bezrobotnych/z tytułu niezdolności do pracy
Dochód ze świadczeń dla weteranów	- Ostatnie formularze W-2, formularz(e) 1099 lub zeznanie podatkowe Przykłady innych opcji: - Dokument weryfikujący świadczenia dla weteranów
Pomoc rządowa (np. Medicaid, TANF, SNAP, WIC lub mieszkania dla osób o niskich dochodach)	Przykłady innych opcji: Pismo potwierdzające uprawnienia
Dochód z odsetek lub dywidend	Ostatnie zeznanie podatkowe
Otrzymywane alimenty na rzecz małżonka/dziecka	Przykłady innych opcji: Pismo potwierdzające miesięczny dochód brutto otrzymywany na utrzymanie dziecka lub z tytułu alimentów
Zerowy dochód gospodarstwa domowego	Przykłady innych opcji: Poświadczenie/wyjaśnienie w formie pisemnej

Wniosek do programu Medical Financial Assistance (MFA)

Część 1: Informacje o pacjencie

IMIĘ I NAZWISKO		NUMER DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (OPCJONALNIE)	
DATA URODZENIA	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (OPCJONALNIE) ☐ Nie mam numeru ubezpieczenia społecznego		
ADRES KORESPONDENCYJNY (ULICA)			
MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD POCZTOWY	
Czy pacjent obecnie nie ma mieszkania? ☐ Tak ☐ Nie		GŁÓWNY NUMER TELEFONU ☐ Domowy ☐ Komórkowy ☐ Do pracy ☐ Inny	

Czy pacjent jest objęty państwowym programem pomocy, takim jak Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Women, Infants & Children (WIC), programem mieszkaniowym dla osób o niskich dochodach lub Medicaid? ☐ Tak ☐ Nie

Część 2: Informacje o gospodarstwie domowym

Liczba osób w gospodarstwie domowym: Do członków rodziny lub gospodarstwa domowego pacjenta zalicza się

1. W przypadku osób w wieku 18 lat i starszych - współmałżonka, partnera życiowego i dzieci pozostające na utrzymaniu w wieku poniżej 21 lat lub w dowolnym wieku, jeśli są osobami z niepełnosprawnością, niezależnie od tego, czy mieszkają w domu, czy nie. W przypadku osób w wieku od 18 do 20 lat, do członków rodziny zalicza się również rodziców, krewnych sprawujących opiekę oraz inne pozostające na utrzymaniu rodziców lub krewnych sprawujących opiekę dzieci w wieku poniżej 21 lat lub w dowolnym wieku, jeśli są osobami z niepełnosprawnością.
2. W przypadku osób w wieku poniżej 18 lat - rodziców, krewnych sprawujących opiekę i inne dzieci w wieku poniżej 21 lat oraz w dowolnym wieku, jeśli są osobami z niepełnosprawnością.

Dochód gospodarstwa domowego (miesięczny): Całkowity dochód brutto (dochód przed opodatkowaniem i odliczeniami) dla wszystkich członków gospodarstwa domowego w wieku powyżej 18 lat. Należy zaznaczyć WSZYSTKIE rodzaje dochodu, które dotyczą:

- | | |
|---|---|
| ☐ Dochód z prowadzenia działalności/najmu | ☐ Dochód z ubezpieczenia społecznego/uzupełniającego |
| ☐ Dochód/wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia | ☐ Dochód z zasiłku dla bezrobotnych/z tytułu niezdolności do pracy |
| ☐ Dochód ze świadczeń dla weteranów | ☐ Otrzymywane alimenty na rzecz małżonka/dziecka |
| ☐ Dochód z odsetek lub dywidend | ☐ Dochód z otrzymywanych rent/emerytur |
| ☐ Dochód z tytułu samozatrudnienia | ☐ Żaden z członków mojego gospodarstwa domowego nie zarabia ani nie uzyskał dochodu w ciągu ostatnich 2 miesięcy |

Jeśli roczny dochód brutto dla wszystkich członków gospodarstwa domowego jest równy zeru, zaznacz powyższe pole poświadczenia, a poniżej podaj pisemne wyjaśnienie, w jaki sposób dorośli członkowie rodziny w gospodarstwie domowym utrzymują się bez dochodu, tj. zapewniają żywność, zakwaterowanie, media i inne podstawowe potrzeby.

\$ _____

Koszty opieki zdrowotnej: Suma wydatków pokrywanych z własnej kieszeni poniesionych w okresie 12 miesięcy w związku z nagłymi lub medycznie niezbędnymi usługami świadczonymi przez Kaiser Permanente lub innego świadczeniodawcę opieki zdrowotnej. Może to obejmować współpłaty, zaliczki, współubezpieczenie lub udział własny za kwalifikujące się usługi medyczne, farmaceutyczne lub stomatologiczne.

\$

Należy wymienić wszystkich członków gospodarstwa domowego ubiegających się o udział w programie Medical Financial Assistance (medyczną pomoc finansową).

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Powiązanie	Nr dokumentacji medycznej
-----------------	----------------	------------	---------------------------

Nie masz ubezpieczenia? Kaiser Permanente może pomóc. Jeśli nie masz ubezpieczenia zdrowotnego, chętnie doradzimy Ci w sprawie dostępnych opcji. Zaznacz to pole, jeśli chcesz, aby przedstawiciel Kaiser Permanente skontaktował się z Tobą w celu omówienia dostępnych opcji lub zadzwoń do nas pod numer **1-800-479-5764 (TTY 711)**, aby uzyskać wycenę.

☐ Tak, proszę o kontakt

Część 3: Zgoda pacjenta

W razie nieprzedstawienia potwierdzenia dochodów, spółka Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFHP/H) wykorzysta informacje pochodzące od agencji zajmujących się sprawozdawczością kredytową konsumentów i inne zewnętrzne źródła informacji w celu określenia kwalifikowalności do federalnych, stanowych i prywatnych programów opieki medycznej, w tym programu MFA.

- ☐ Zaznacz to pole, jeśli nie chcesz, żeby KFHP/H wykorzystywała informacje pochodzące od agencji zajmujących się sprawozdawczością kredytową konsumentów i inne zewnętrzne źródła informacji do ustalenia kwalifikowalności do federalnych, stanowych i prywatnych programów opieki medycznej, w tym programu MFA („rezygnacja”). Jeśli zdecydujesz się zrezygnować, w celu ustalenia kwalifikowalności razem z wnioskiem będziesz musiał(a) dostarczyć dokumentację potwierdzającą dochody.

Niniejszym oświadczam, że wszystkie podane powyżej informacje są prawdziwe, dokładne i kompletne pod każdym względem. Przyjmuję również do wiadomości i zgadzam się, że jestem odpowiedzialny(-a) wobec KFHP/H za wszystkie kwoty należne KFHP/H za materiały i usługi medyczne, które nie kwalifikują do uwzględnienia w ramach programu („Pozostałe kwoty”).

PODPIS

DATA

Podejmiemy wszelkie uzasadnione starania, aby szybko rozpatrzyć wniosek, a po jego rozpatrzeniu prześlemy pismo z decyzją.

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، فتتوفر 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 (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 फॉर्मेट।

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 áhwiíjí 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 abínigo 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 контактної 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.