

## Programm zur medizinischen Finanzunterstützung (Medical Financial Assistance, MFA)

Wenn Sie Hilfe bei der Bezahlung von Gesundheitsleistungen oder Rezepten benötigen, die Sie von Kaiser Permanente erhalten haben oder erhalten werden, kann Ihnen unser Programm zur medizinischen Finanzunterstützung (MFA) 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 Antragsteller/innen zu helfen, ihre Pflegekosten 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 medizinisch notwendige Behandlungen durch Anbieter von Kaiser Permanente oder in Einrichtungen von Kaiser Permanente für einen bestimmten Zeitraum ab.
- Der Zuschuss gilt nicht für Gesundheitsleistungen, die außerhalb der Einrichtungen von Kaiser Permanente erbracht und abgerechnet werden.

### So qualifizieren Sie sich

Um sich zu qualifizieren, müssen Sie **EINES** der folgenden Kriterien erfüllen:

1. Ihr Bruttohaushaltseinkommen (Einkommen vor Steuern und Abzügen) beträgt 400 % oder weniger der bundesstaatlichen Armutsgrenze.

#### ODER

2. Ihre Ausgaben für Notfälle oder medizinisch notwendige Behandlungen, Zahnbehandlungen und Medikamente betragen innerhalb von 12 Monaten mindestens 10 % Ihres Bruttohaushaltseinkommens.
  - Zu den Ausgaben gehören Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen und Selbstbehalte.
  - Zu den Ausgaben zählen keine Zahlungen an die Krankenkasse selbst, wie z. B. die monatlichen Beitragszahlungen.

Bundesrichtlinien zur Armut (Federal Poverty Guidelines, FPG) 2024		
Wenn die Größe Ihres Haushalts/ Ihrer Familie wie folgt ist:	100 % Zuschuss bei einem monatlichen Bruttohaushaltseinkommen von bis zu 200 % des FPG	50 % Zuschuss bei einem monatlichen Bruttohaushaltseinkommen zwischen 201 % und 400 % des FPG
1	Bis zu 2.510 USD	2.511 USD bis 5.020 USD
2	Bis zu 3.407 USD	3.408 USD bis 6.813 USD
3	Bis zu 4.303 USD	4.304 USD bis 8.607 USD
4	Bis zu 5.200 USD	5.201 USD bis 10.400 USD
5	Bis zu 6.097 USD	6.098 USD bis 12.193 USD
6	Bis zu 6.993 USD	6.994 USD bis 13.987 USD

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 MFA-Programms oder zu den bezuschussten Gesundheitsleistungen finden Sie unter [kp.org/mfa/ncal](https://kp.org/mfa/ncal), telefonisch unter **1-800-390-3507** (TTY 711) oder durch Scannen dieses Codes.

Weitere Informationen über die Möglichkeiten der Gesundheitsfürsorge erhalten Sie unter der Telefonnummer **1-800-479-5764** (TTY 711).



## So stellen Sie einen Antrag

Wenn Sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, können Sie wie folgt einen Antrag stellen.

 <p>Online</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den MFA-Antrag online unter <a href="http://kp.org/mfa/ncal">kp.org/mfa/ncal</a> aus.</li> <li>• Stellen Sie sicher, dass Sie alle im MFA-Antrag auf der nächsten Seite aufgeführten Angaben machen.</li> </ul>
 <p>Übermitteln Sie ihn per Fax</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den MFA-Antrag auf der folgenden Seite aus.</li> <li>• Faxen Sie Ihren ausgefüllten Antrag an <b>1-800-687-9901</b>.</li> </ul>
 <p>Verschicken Sie ihn</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den MFA-Antrag auf der folgenden Seite aus.</li> <li>• Schicken Sie Ihren ausgefüllten Antrag an: Kaiser Permanente MFA Program PO Box 30006 Walnut Creek, CA 94598</li> </ul>
 <p>Geben Sie ihn ab</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Füllen Sie den MFA-Antrag auf der folgenden Seite aus.</li> <li>• Geben Sie Ihren ausgefüllten Antrag bei der Abteilung für Patientenfinanzgeschäfte in einer beliebigen Einrichtung von Kaiser Permanente ab.</li> </ul>
 <p>Rufen Sie uns an</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rufen Sie uns von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 17:00 Uhr PST unter der Nummer <b>1-800-390-3507 (TTY 711)</b> an.</li> <li>• Stellen Sie sicher, dass Sie die im MFA-Antrag auf der nächsten Seite aufgeführten Angaben machen.</li> </ul>

**Wichtig:** Wenn Sie Ihren Antrag online, per Post oder Fax stellen oder persönlich abgeben, achten Sie bitte darauf, dass Sie ihn so vollständig wie möglich ausfüllen. Fehlende Angaben können die Bearbeitung Ihres Antrags verzögern und zur Ablehnung der Finanzunterstützung führen.

### Einkommensnachweis

Die Überprüfung der Einkommensverhältnisse ist Teil der Feststellung der Anspruchsberechtigung auf medizinische Finanzhilfe. Fügen Sie Ihrem ausgefüllten Antrag einen Einkommensnachweis bei, damit die Richtigkeit Ihres Einkommens während des Prüfungsverfahrens bestätigt werden kann. In der nachstehenden Tabelle sind die Unterlagen aufgeführt, die Sie je nach Einkommensquelle Ihres Haushalts einreichen müssen.

<b>Quelle(n) des Haushaltseinkommens</b>	<b>Geben Sie für jede Einkommensquelle nur eine der folgenden Informationen an</b>
Einkünfte aus Gewerbebetrieb/Vermietung	Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Einkünfte aus Beschäftigung/Lohn	Aktuelle Lohnabrechnungen Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Erhaltene Einkünfte aus Pensionen/ Ruhestand/Renten	Aktuelle Lohnabrechnungen Auszahlungsbeleg für Pensionen/Ruhestand Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit	Aktuelle Lohnabrechnungen Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Bezüge aus Sozialleistungen/ Ergänzungsleistungen	Leistungsnachweis der Sozialversicherung Nachweis der Sozialversicherung
Bezüge bei Arbeitslosigkeit/ Erwerbsunfähigkeit	Schreiben zur Überprüfung der Leistungen bei Arbeitslosigkeit/Erwerbsunfähigkeit Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Bezüge aus Veteranenleistungen	Schreiben zur Überprüfung der Veteranenleistungen Aktuelle W-2s, 1099-Abrechnung(en) oder Steuererklärung
Staatliche Unterstützung (z. B. Medicaid, TANF, SNAP, WIC oder Sozialwohnung)	Schreiben zur Genehmigung der Beihilfeberechtigung
Einkünfte aus Zinsen oder Dividenden	Aktuelle Steuererklärung
Erhaltene Unterhaltsleistungen für Ehegatten/Kinder	Ein Schreiben, aus dem die monatlichen Bruttoeinkünfte aus Kindesunterhalt oder Alimenten hervorgehen
Kein Haushaltseinkommen	Schriftliche Bescheinigung/Erklärung

---

## Was nach dem Antrag passiert

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.

## Brauchen Sie Hilfe?

Wenn Sie Fragen haben, Hilfe bei der Antragstellung benötigen oder den Status Ihres Antrags überprüfen möchten, rufen Sie bitte die Nummer **1-800-479-5764** an. Sie können auch mit einem Finanzhilfeberater an jedem Standort von Kaiser Permanente sprechen.

## Kaufbare Leistungen von Krankenhäusern

Eine Liste mit Preisinformationen zu 300 kaufbaren Leistungen finden Sie unter [kp.org/price-transparency](http://kp.org/price-transparency). Diese Leistungen können vom Patienten/von der Patientin im Voraus geplant werden. Die Preise für einige dieser Leistungen basieren auf einer typischen Verweildauer im Krankenhaus und nicht auf der individuellen Versorgung, die erforderlich sein kann.

## Andere 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 von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 17:00 Uhr unter **1-800-443-6328 (TTY 711)** an oder besuchen Sie [kp.org/socialhealth](http://kp.org/socialhealth).

## Hilfe beim Bezahlen Ihrer Rechnung

Es gibt Verbraucherschutzorganisationen, die Ihnen kostenlos helfen, den Prozess von Rechnungsstellung und Zahlung zu verstehen. Weitere Informationen erhalten Sie von der Health Consumer Alliance telefonisch unter **1-888-804-3536** oder auf deren Website unter [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org).

## Hospital Bill Complaint Program (Programm zur Beanstandung von Krankenhausrechnungen)

Das Hospital Bill Complaint Program ist ein bundesstaatliches Programm, das Entscheidungen von Krankenhäusern über Ihre Qualifikation für Finanzierungshilfe beim Bezahlen von Krankenhausrechnungen prüft. Wenn Sie denken, dass Ihnen Finanzunterstützung fälschlicherweise verweigert wurde, können Sie beim Hospital Bill Complaint Program eine Beschwerde einreichen. Weitere Informationen finden Sie unter [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov), wo Sie auch Beschwerden einreichen können.

## Antrag für das Programm zur medizinischen Finanzunterstützung (Medical Financial Assistance, MFA)

### Abschnitt 1: Patienteninformationen

NAME		KRANKENAKTENNUMMER (OPTIONAL)	
GEBURTSDATUM	SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER (OPTIONAL)		<input type="checkbox"/> Ich habe keine Sozialversicherungsnummer
POSTANSCHRIFT (STRASSE)			
STADT		BUNDESSTAAT	POSTLEITZAHL
Ist der Patient/die Patientin derzeit wohnungslos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		HAUPTTELEFONNUMMER	<input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/> Arbeit <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:** Anzahl der Haushaltsmitglieder (einschließlich Ihrer Person), die in Ihrem Haushalt leben. Hierbei kann es sich um einen Ehegatten oder einen qualifizierten Lebenspartner, ein Kind, einen nicht elterlichen Vormund, einen Verwandten usw. handeln.

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Gewerbebetrieb/Vermietung | <input type="checkbox"/> Bezüge aus Sozialleistungen/ Ergänzungsleistungen   |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Beschäftigung/Lohn        | <input type="checkbox"/> Bezüge bei Arbeitslosigkeit/ Erwerbsunfähigkeit   |
| <input type="checkbox"/> Bezüge aus Veteranenleistungen          | <input type="checkbox"/> Erhaltene Unterhaltsleistungen für Ehegatten/Kinder   |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Zinsen oder Dividenden    | <input type="checkbox"/> Bezüge aus Pension/Rente/Jahreszinsen   |
| <input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit   | <input type="checkbox"/> Niemand in meinem Haushalt hat in den letzten 2 Monaten ein Einkommen erzielt oder erhalten |

Wenn das jährliche Bruttoeinkommen aller Haushaltsmitglieder gleich Null ist, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an und geben Sie eine schriftliche Erklärung darüber ab, wie die erwachsenen Haushaltsmitglieder ihren Lebensunterhalt ohne Einkommen bestreiten, d. h. Nahrung, Unterkunft, Versorgungsleistungen und andere notwendige Dinge.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

USD \_\_\_\_\_

**Gesundheitskosten:** Alle Ausgaben, die Ihnen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten für Notfälle oder medizinisch notwendige Leistungen von Kaiser Permanente oder einem anderen Gesundheitsdienstleister entstanden sind. Dabei kann es sich um Zuzahlungen, Selbstbeteiligungen, Mitversicherungen oder Selbstbehalte für erstattungsfähige medizinische, pharmazeutische oder zahnmedizinische Leistungen handeln.

USD \_\_\_\_\_

---

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

Name	Geburtsdatum	Beziehung	Krankenakten-Nr.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Unversichert? Kaiser Permanente kann helfen.** Wenn Sie nicht krankenversichert sind, können wir Ihnen helfen, Ihre Möglichkeiten zu ermitteln. Kreuzen Sie dieses Kästchen an, wenn Sie möchten, dass Kaiser Permanente Sie kontaktiert, um Ihre Möglichkeiten zu besprechen. Sie können uns auch unter **1-800-479-5764 (TTY 711)** anrufen, um ein Angebot anzufordern.

Ja, bitte kontaktieren Sie mich

---

Ich erkläre hiermit, dass alle in diesem Antrag gemachten Angaben in jeder Hinsicht wahrheitsgemäß, genau und vollständig sind. Ich erkenne ferner an und erkläre mich damit einverstanden, dass ich gegenüber Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFH/HP) für alle Beträge haftbar bin, die ich Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals für medizinische Waren und Dienstleistungen schulde, die nicht im Rahmen des Programms erstattungsfähig sind (die „Restbeträge“).

**Hinweis:** Wenn kein Einkommensnachweis vorgelegt wird, verwenden Kaiser Foundation Health Plan und die Krankenhäuser Informationen von Kreditauskunfteien und anderen Drittinformationsquellen, um die Anspruchsberechtigung für bundesstaatliche, staatliche und private Gesundheitsprogramme, einschließlich des MFA-Programms, festzustellen.

Mit der Abgabe dieses Antrages ermächtige ich KFH/HP, zur Überprüfung der in diesem Antrag gemachten Angaben, soweit erforderlich, Auskünfte bei Kreditauskunfteien und anderen Drittinformationsquellen einzuholen.

---

UNTERSCHRIFT

DATUM

---

Wir werden uns bemühen, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten. Sobald Ihr Antrag geprüft wurde, erhalten Sie eine schriftliche Benachrichtigung über das Ergebnis.

# 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 (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.

**Arabic:** إذا احتجت إلى مساعدة بلغتك، فتتوفر خدمات المساعدة اللغوية بصورة مجانية على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (مغلق أيام العطل). 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 مستشفى تابع لـ Kaiser Permanente، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 بعد الظهر. وتتوفر أيضًا 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 (փակ է տոն օրերին): Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն 1-800-464-4000 (TTY 711) հեռախոսահամարով կամ լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Kaiser Permanente ցանկացած հիվանդանոցի գրանցման սեղանը երկուշաբթիից 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（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。

**Farsi:** اگر نیازمند پشتیبانی به زبان خودتان هستید، کمک زبانی به صورت رایگان در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته (به جز روزهای تعطیل) 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 بیمارستانهای Kaiser Permanente مراجعه کنید. کمکها و خدمات برای افراد معلول، از جمله اسناد با خط بریل، چاپ درشت، فرمت صوتی و سایر قالبهای 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 (छुट्टियों के इलावा) 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, किसी भी Kaiser Permanente अस्पताल में किसी भी पंजीकरण डेस्क पर जाएं। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ भी उपलब्ध हैं, जैसे उभरे अक्षरों में दस्तावेज़, बड़े प्रिंट, ऑडियो और अन्य सुगम इलेक्ट्रॉनिक फार्मेट।

**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 (kaw nyob rau cov hnuv so). 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 tsev kho mob 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（祝日は休業）、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 病院の受付カウンターお尋ねください（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、音声など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 (បិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាក)។ ទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងផ្នែកសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងតាមលេខ 1-800-464-4000 (TTY 711) ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ឬចូលទៅកាន់កន្លែងចុះឈ្មោះណាមួយសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមនៅមន្ទីរពេទ្យ Kaiser Permanente ណាមួយពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារអក្សរស្នាប អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបានផ្សេងទៀតក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។

**Korean:** 귀하가 사용하는 언어로 도움이 필요한 경우, 연중무휴 24 시간(공휴일 제외) 무료로 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 가입자 서비스 연락 센터에 1-800-464-4000(TTY 711)번으로 전화하여 도움을 요청하거나 Kaiser Permanente 병원에 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, ກໍ່ຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດໃນມື້ວັນພັກຕ່າງໆ). ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກ ຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-464-4000 (TTY 711) ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼື ເຂົ້າໄປຫາໂຕະລົງທະບຽນໃດກໍ່ໄດ້ ເພື່ອສອບຖາມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຢູ່ໂຮງໝໍຂອງ Kaiser Permanente ແຫ່ງໃດກໍ່ໄດ້, ແຕ່ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 5 ໂມງແລງ. ນອກຈາກນັ້ນ, ກໍ່ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຕ່າງໆ ສໍາລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນຸນ, ພິມເປັນຕົວໃຫຍ່, ສຽງບັນທຶກ ແລະ ຮູບແບບເອເລັກໂຕນິກອື່ນໆທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.

**Mien:** Beiv hngangv meih qiex zuq 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 zuq heuc meih ndortv nyaanh, yietc hnoi tengx goux junh 24 norm ziangh hoc, yiem norm leiz baaix tengx zuq 7 hnoi (Cih cuotv gingc nyei hnoi oc). 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 zorc baengc dorng h yaac duqv, yiem leiz-baaix-yietv mingh taux leiz-baaix-hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lung h ndorm mingh taux 5 diemv ziangh hoc lung hmuangx. Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jauv-louc tengx ziux goux wuaaic fangx mienh, dorh nyungc horng h sou zoux benx nzangc-pokc bun hlou, nqaapv bieqc domh zeiv-fangx, zoux benx waac-qiez bun muangx, aengx caux da'nyeic nyungc horng h gong yiem ga'nyuoz electronic bun longc oc.

**Navajo:** Saad Diné k'ehjí' bee shiká a'doowol ninízingo, t'áá jíík'e nábeehaz'á, t'áá áhwíjí t'áá áhwíít'ée', tsosts'idjí áá'át'ée (dahodiyin nídei'aah góne' éi da'deelkaal). Member Service Contact Centerjí' hodíílni 1-800-464-4000 (TTY 711) éi doodago t'ááni Kaiser Permanente bi azee' ádaal'íníjí' díínáál dóo baa nidíniitaal damóo biiskání dóo niléi nida'iiníshjí' aa'ádaat'ée abínigo tseebíí bik'i dahazk'eezgo dóo yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjí' ná áá'át'ée. T'áá háida bits'íí' dóo binisíkees bee bich'í' anídahast'í'ígíí bá ahoot'i' nááná t'áá háida doo da'oo'íníi binaaltsoos yee deiyóhta'ígíí bá hóló ałdo' áádóo saad nitsaago bee bik'i da'ashchínígí ałdo' hóló nááná saad bik'i naha'nííígíí ná hóló nááná béesh bee t'áá bí nitsídaakeesígíí al'áá ádaa t'éego bee nahwidinitingo ałdo' ná dahóló.

**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 (ਛੁੱਟੀਆਂ ਦੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਹੈ) ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-800-464-4000 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੀ Kaiser Permanente ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ, ਸੇਵਾਵਾਰ 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 (кроме праздничных дней). За помощью и информацией обращайтесь в контактный центр отдела обслуживания участников по номеру 1-800-464-4000 (TTY: 711) или на стойку регистрации любой больницы 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 (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.

**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 (sarado kapag may mga holiday). 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 ospital 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 (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โปรดติดต่อศูนย์ติดต่อบริการสมาชิกที่ 1-800-464-4000 (TTY 711) หากต้องการความช่วยเหลือ หรือไปที่โต๊ะลงทะเบียนที่โรงพยาบาล 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 (за винятком святкових днів). 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 лікарні 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 (đóng cửa vào những ngày lễ), 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 bệnh viện 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.