

Програма фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування (Medical Financial Assistance, MFA)

Якщо ви потребуєте допомоги з оплатою медичних послуг або лікарських засобів за рецептами, які ви вже отримали чи плануєте отримати від Kaiser Permanente, таку допомогу може бути надано за нашою програмою фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування (MFA). Ви можете заповнити й подати заявку на участь у програмі, зазначивши в ній відомості про дохід домогосподарства.

Як працює програма

- Програма передбачає тимчасові виплати, що допоможуть заявникам, які відповідають її умовам, оплачувати медичне обслуговування залежно від їхніх фінансових потреб.
- Вона доступна для всіх пацієнтів Kaiser Permanente, навіть якщо вони не є учасниками наших страхових планів.
- Якщо виплати буде надано, програма покриватиме екстрене/невідкладне або необхідне за медичними показаннями обслуговування від постачальників послуг Kaiser Permanente або в установах Kaiser Permanente протягом установленого часу.
- Виплата за програмою не поширюється на медичні послуги, надані поза установами Kaiser Permanente, і на відповідні виставлені рахунки.

Критерії участі в програмі

Щоб мати право на участь у програмі, ви повинні відповідати ОДНОМУ з наведених нижче наборів критеріїв.

1. **Дохід.** Ваш сукупний дохід домогосподарства (до сплати податків та інших відрахувань) має не перевищувати 300% федерального прожиткового мінімуму (federal poverty level, FPL).
 - Відвідайте сторінку kp.org/helppaybills (англійською мовою), щоб переглянути критерії доходу для отримання фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування.
 - **Додаткові відомості для домогосподарств із більшою кількістю членів.** Якщо у вашому домогосподарстві більш як 6 членів, суми для домогосподарств із більшою кількістю членів див. на сторінці aspe.hhs.gov/poverty.
2. **Високі власні витрати.** Рівень ваших власних витрат на екстрену медичну допомогу або необхідне за медичними показаннями обслуговування, стоматологічну допомогу й медикаментозне лікування протягом 12 місяців становить 10 і більше відсотків сукупного доходу вашого домогосподарства.
 - До власних витрат належать доплати, частки вартості, а також франшизи.
 - Власними витратами не вважаються будь-які платежі за сам план медичного страхування, як-от щомісячні страхові внески.

Маєте запитання?

Щоб отримати додаткову інформацію про умови участі в програмі MFA або дізнатися, які медичні послуги вона покриває, відвідайте сайт kp.org/helppaybills, зателефонуйте за номером **1-866-899-6018** чи відскануйте цей код.

Щоб дізнатися про варіанти страхового покриття медичного обслуговування, зателефонуйте нам на номер **1-800-479-5764 (TTY 711)**.



Як подати заявку

Якщо ви відповідаєте вимогам програми, ви можете подати заявку будь-яким із наведених способів.

 Онлайн	- Заповніть заявку на участь у програмі MFA онлайн на сторінці kp.org/helppaybills. - Будьте готові надати всі відомості згідно з формою заявки на участь у програмі MFA, яку наведено на наступній сторінці.
 Факсом	- Заповніть форму заявки на участь у програмі MFA, наведену на наступній сторінці. - Надішліть заповнену заявку факсом на номер 1-855-300-3684.
 Поштою	- Заповніть форму заявки на участь у програмі MFA, наведену на наступній сторінці. - Надішліть заповнену заявку на адресу: Northfield Support Services 11000 E. 45th Avenue Denver, CO 80239-3003
 Особисто	- Заповніть форму заявки на участь у програмі MFA, наведену на наступній сторінці. - Залиште заповнену заявку у відділі реєстрації пацієнтів будь-якої медичної установи Kaiser Permanente.
 За допомогою фінансового консультанта	- Зверніться до фінансового консультанта в одній із визначених нами установ. Фінансові консультанти працюють із понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00 за стандартним гірським часом (Mountain Standard Time, MST). - Будьте готові надати всі відомості згідно з формою заявки на участь у програмі MFA, яку наведено на наступній сторінці.

Увага! У який би спосіб ви не подавали заявку — через інтернет, поштою, факсом чи особисто, — намагайтеся надати якомога більше інформації. Відсутність якихось відомостей може сповільнити обробку вашої заявки й призвести до відмови в наданні допомоги.

Чого очікувати після подання заявки

Отримавши вашу заявку, ми протягом тридцяти (30) днів поінформуємо вас про результати її розгляду.

- Якщо заявку буде схвалено, ви отримаєте письмове сповіщення про надання фінансової допомоги.
- Якщо в заявці бракуватиме якоїсь інформації, ви отримаєте листа, де буде зазначено, яка інформація необхідна для обробки вашої заявки. Потрібну інформацію, як-от підтвердження доходу або копії документів про власні витрати, можна надіслати поштою чи подати особисто.
- Якщо заявку буде відхилено, ви отримаєте листа, у якому буде зазначено причини відмови, і матимете право подати апеляцію на наше рішення.

Потрібна допомога?

Якщо у вас виникли запитання, вам потрібна допомога з оформленням заявки або необхідно з'ясувати її статус, зателефонуйте на номер **1-866-899-6018** з понеділка до четверга з 10:00 до 15:00 за MST. Ви також можете звернутися до фінансового консультанта у визначених нами установах Kaiser Permanente.

Інші корисні програми допомоги й додаткові ресурси

Ми готові надавати вам будь-яку підтримку. Якщо вам потрібна допомога з такими необхідними речами, як харчування, житло, оплата інтернету або комунальних послуг, Kaiser Permanente Community Support Hub™ може посприяти вам у пошуку необхідних ресурсів за місцем проживання. Телефонуйте на номер **1-800-443-6328 (TTY 711)** з понеділка до п'ятниці з 8:00 до 17:00 або відвідайте сторінку kp.org/socialhealth (англійською мовою).

Підтвердження доходів

Для визначення розміру фінансової допомоги необхідно надати інформацію про доходи. Якщо до заповненої заявки додаються **документи, які містять відомості про доходи**, це полегшує перевірку наданої інформації.

Усі члени домогосподарства віком від 18 років повинні повідомити про свої доходи та надати дві останні квитанції про нарахування заробітної плати, податкову декларацію за поточний рік або інші підтверджувальні документи залежно від джерела доходу.

Надайте **один із зазначених у таблиці нижче документів для кожного типу доходу**.
Не надсилайте оригінали документів. Надавайте лише копії.

Тип доходу домогосподарства	Надайте один документ для кожного типу доходу
Дохід від підприємницької діяльності / оренди	Нещодавно отримані форми W-2, 1099 або податкова декларація
Дохід від трудової діяльності / заробітна плата	Дві останні квитанції про нарахування заробітної плати АБО нещодавно отримані форми W-2, 1099 чи податкова декларація
Пенсійний дохід / вихідна допомога / щорічні виплати за договором	Дві останні квитанції про нарахування заробітної плати, АБО нещодавно отримані форми W-2, 1099 чи податкова декларація, АБО довідка про пенсійний дохід / вихідну допомогу
Дохід самозайнятої особи	Дві останні квитанції про нарахування заробітної плати АБО нещодавно отримані форми W-2, 1099 чи податкова декларація
Соціальні виплати / дохід за соціальним забезпеченням (Supplemental Security Income, SSI)	Лист про призначення виплат від органу соціального захисту АБО довідка, видана органом соціального захисту
Допомога з безробіття/інвалідності	Нещодавно отримані форми W-2, 1099 чи податкова декларація АБО лист про призначення виплат
Пенсія для ветеранів	Нещодавно отримані форми W-2, 1099 чи податкова декларація АБО лист про призначення виплат від Міністерства в справах ветеранів (Department of Veterans Affairs, VA)
Державна допомога (як-от за програмою Medicaid, програмою надання тимчасової допомоги нужденним сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), програмою додаткової продовольчої допомоги (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), програмою забезпечення додаткового харчування для жінок, немовлят і дітей (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) або програмою надання соціального житла)	Лист, що підтверджує участь у відповідній програмі або право на участь у ній
Проценти або дивіденди	Остання податкова декларація
Виплати на утримання дитини / аліменти, що виплачуються чоловіку (дружині)	Довідка про розмір місячного доходу від виплат на утримання дитини / аліментів
Відсутність доходів у домогосподарстві	Письмове пояснення або підписана заява

Заявка на участь у програмі фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування (Medical Financial Assistance, MFA)**Розділ 1. Відомості про пацієнта**

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ		НОМЕР МЕДИЧНОЇ КАРТИ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)	
ДАТА НАРОДЖЕННЯ	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (НЕОБОВ'ЯЗКОВО) ☐ У мене немає номера соціального страхування		
ПОШТОВА АДРЕСА (ВУЛИЦЯ, НОМЕР БУДИНКУ)			
МІСТО		ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
Пацієнт зараз не має житла? ☐ Так ☐ Ні		ОСНОВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	☐ Домашній ☐ Мобільний ☐ Робочий ☐ Інший

Чи пацієнта зареєстровано в програмах допомоги штату, як-от програма додаткової продовольчої підтримки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), програма надання тимчасової допомоги нужденним сім'ям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), програма забезпечення додаткового харчування для жінок, немовлят і дітей (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC), програми надання соціального житла або Medicaid? ☐ Так ☐ Ні

Розділ 2. Відомості про домогосподарство

Інформація про кількість членів домогосподарства допомагає визначити, чи відповідає дохід пацієнта критеріям для отримання фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування. Зазначаючи кількість членів домогосподарства, обов'язково врахуйте заявника.

1. Для пацієнтів віком від 18 років у домогосподарство входять такі особи.

- Чоловік (дружина) або цивільний партнер.
- Діти віком до 21 року або будь-якого віку, якщо мають інвалідність, відповідно до правил федерального Управління соціального забезпечення, незалежно від того, чи проживають вони вдома. Діти **віком від 21 року**, що перебувають на утриманні, мають **подавати окрему заявку** на фінансову допомогу для оплати медичного обслуговування.

2. Для пацієнтів віком до 18 років або дітей 18–20 років, що перебувають на утриманні, у домогосподарство входять такі особи.

- Батьки.
- Опікуни-родичі.
- Інші діти батьків або опікунів-родичів, що живуть на їхньому утриманні, віком до 21 року чи будь-якого віку, якщо мають інвалідність, відповідно до правил федерального Управління соціального забезпечення.

Крок 1. Укажіть усіх осіб, які проживають у домогосподарстві, навіть якщо вони не подають заявку на отримання фінансової допомоги для оплати медичного обслуговування.

Крок 2. Для кожної особи, зазначеної в списку, поставте позначку «**Так**», якщо вона подає заявку на отримання допомоги, або «**Ні**», якщо ні, а також укажіть, чи має вона дохід.

Крок 3. Підрахуйте всіх зазначених осіб і вкажіть загальну кількість членів домогосподарства.

Повне ім'я	Дата народження (ММ/ДД/РРРР)	Ким доводиться пацієнту	№ медичної карти	Чи подає заявку на MFA	Чи є особою віком від 18 років, що має дохід
				☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
				☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
				☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
				☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні
				☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні

За потреби додайте ще одну сторінку.	Загальна кількість членів домогосподарства	
--------------------------------------	--	--

Дохід домогосподарства (місячний). Укажіть загальну суму сукупного доходу (до сплати податків та інших відрахувань) усіх членів домогосподарства згідно з визначенням на попередній сторінці. Зазначте ВСІ відповідні типи доходів.

- | | |
|---|---|
| ☐ Дохід від підприємницької діяльності / оренди | ☐ Допомога з безробіття/інвалідності |
| ☐ Дохід від трудової діяльності / заробітна плата | ☐ Виплати на утримання дитини / аліменти, що виплачуються чоловіку (дружині) |
| ☐ Пенсія для ветеранів | ☐ Пенсійний дохід / вихідна допомога / щорічні виплати за договором |
| ☐ Проценти або дивіденди | ☐ У моєму домогосподарстві ніхто не має заробітку й не отримував доходів протягом останніх 2 місяців |
| ☐ Дохід самозайнятої особи | |
| ☐ Соціальні виплати / додатковий дохід за соціальним забезпеченням | |

Якщо сукупний річний дохід усіх членів домогосподарства дорівнює нулю, поставте позначку в пункті «У домогосподарстві ніхто не має заробітку й не отримував доходів» вище. Надайте нижче письмове пояснення щодо того, як дорослі члени домогосподарства забезпечують свої базові потреби, зокрема в продуктах харчування, житлі, комунальних послугах тощо, не маючи доходу.

\$ _____

Витрати на медичне обслуговування. Укажіть загальну суму власних витрат за 12-місячний період на екстрену допомогу або необхідні за медичними показаннями послуги, надані Kaiser Permanente чи будь-яким іншим постачальником медичних послуг. У витратах можна враховувати доплати, внески, частки вартості або франшизи в межах оплати медичних, фармацевтичних чи стоматологічних послуг, які відповідають критеріям програми.

\$ _____

Не маєте страхування? Kaiser Permanente до ваших послуг. Якщо у вас немає страхового покриття медичного обслуговування, ми допоможемо розібратися в доступних варіантах. Позначте цей пункт, якщо хочете, щоб представник Kaiser Permanente зв'язався з вами та обговорив доступні вам варіанти страхування. Або зателефонуйте нам на номер **1-800-479-5764 (TTY 711)**, щоб отримати пропозицію.

☐ Так, зв'яжіться зі мною

Розділ 3. Згода пацієнта

Якщо документи, що підтверджують доходи, не надано, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals (KFHP/H) використовуватиме інформацію від агенцій, що збирають дані про споживче кредитування, і з інших сторонніх джерел, щоб визначити відповідність критеріям федеральних програм, програм штату, а також приватних медичних програм, зокрема програми MFA.

- ☐ Позначте цей пункт, якщо не хочете дозволяти KFHP/H використовувати інформацію від агенцій, що збирають дані про споживче кредитування, і з інших сторонніх джерел, щоб визначити відповідність критеріям федеральних програм, програм штату, а також приватних медичних програм, зокрема програми MFA («відмова»). У випадку вашої відмови вам знадобиться надати разом із заявкою документи, що підтверджують дохід, щоб можна було визначити відповідність критеріям.

Цим я засвідчую, що всі наведені в цій заявці відомості є в усіх аспектах правдивими, точними й повними. Крім того, я підтверджую та визнаю свої зобов'язання перед KFHP/H щодо всіх сум, належних KFHP/H за медичні вироби й послуги, на які не поширюється ця програма («Залишкові суми»).

ПІДПИС

ДАТА

Ми докладатимемо всіх обґрунтованих зусиль для своєчасної обробки вашої заявки, і після її розгляду ви отримаєте листа з повідомленням про його результати.

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 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 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'ehji' bee shiká a'doowoł ninízingo, t'áá jíík'e nábeehaz'á, t'áá áhwiíjí t'áá áhwiítł'éé', tsosts'idjį́ áá'át'é. Member Service Contact Centerjį́ hodiíłni 1-800-464-4000 (TTY 711) éí doodago t'ááni Kaiser Permanente Azee' Bee Haz'ánígíí ádaal'ínijį́ dínááł dóó baa nidíníitaal damóo biiskání dóó niléí nida'iíníshjį́ aa'adaat'é abínigo tseebíł bik'i dahazk'ęęzgo dóó yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjį́ ná áá'át'é. T'áá háída bits'íł 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'níłgíí 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 ਬ੍ਰੈਲ, 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.