

## Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos

Si necesita ayuda para pagar los servicios de atención médica o los medicamentos recetados que ha recibido o recibirá de Kaiser Permanente, nuestro Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (Medical Financial Assistance, MFA) puede ayudarle. Para participar en el programa, complete y envíe una solicitud, donde debe incluir información sobre los ingresos de su hogar.

### Cómo funciona el programa

- El programa ofrece “compensaciones” temporales para ayudar a los solicitantes que reúnen los requisitos a pagar por la atención según sus necesidades financieras.
- Está disponible para todos los pacientes de Kaiser Permanente, independientemente de que sean miembros o no.
- Si es admitido en el programa, se cubrirá la atención de emergencia/urgencia o medicamento necesaria brindada por proveedores de Kaiser Permanente o en centros de atención de Kaiser Permanente durante un tiempo específico.
- La compensación no se aplica a los servicios de atención médica brindados y facturados fuera de los centros de atención de Kaiser Permanente.

### Requisitos del programa

Para participar, debe cumplir UNO de los siguientes conjuntos de criterios:

1. El ingreso bruto de su hogar (ingreso antes de impuestos y deducciones) es del 300% o menos del nivel federal de pobreza.

#### O BIEN

2. Sus gastos de bolsillo en atención de emergencia o medicamento necesaria, atención dental y medicamentos durante un periodo de 12 meses son iguales o superiores al 10% del ingreso bruto de su hogar.
  - Los gastos de bolsillo incluyen copagos, coseguros y deducibles.
  - Los gastos de bolsillo no incluyen ningún pago a su plan de salud en sí, como la prima mensual.

### Pautas federales de pobreza (*Federal Poverty Guidelines, FPG*) para 2025

| Número de personas en su hogar/familia: | Una compensación del 100 % por ingreso bruto mensual del hogar igual o inferior al 200 % de las FPG | Una compensación del 50 % por ingreso bruto mensual del hogar entre el 201 % y el 300 % de las FPG |
|---|---|--|
| 1                                       | Hasta \$2,608   | De \$2,609 a \$3,913   |
| 2                                       | Hasta \$3,525   | De \$3,526 a \$5,288   |
| 3                                       | Hasta \$4,442   | De \$4,443 a \$6,663   |
| 4                                       | Hasta \$5,358   | De \$5,359 a \$8,038   |
| 5                                       | Hasta \$6,275   | De \$6,276 a \$9,413   |
| 6                                       | Hasta \$7,192   | De \$7,193 a \$10,788  |

Visite [aspe.hhs.gov/poverty](https://aspe.hhs.gov/poverty) si quiere conocer las pautas para familias más grandes.

### ¿Tiene preguntas?






Si necesita más información sobre los requisitos del programa de MFA o quiere saber qué servicios de atención médica cubre, visite [kp.org/mfa](https://kp.org/mfa) (haga clic en “Español”), llame al **1-866-899-6018** o escanee este código.

Para obtener más información sobre las opciones de cobertura de atención médica, llámenos al **1-800-479-5764 (TTY 711)**.



## Cómo presentar la solicitud

Si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, puede solicitar la MFA de cualquiera de estas maneras.

|   |  |
|---|--|
|  <p>En internet</p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingrese a <a href="http://kp.org/mfa">kp.org/mfa</a> (en inglés) y complete el formulario de la sección “Apply Online” (Enviar una solicitud en línea) para recibir un enlace en el que podrá enviar la solicitud de la MFA.</li> <li>• Tenga a la mano toda la información que figura en la solicitud de la MFA de la página siguiente.</li> </ul> |
|  <p>Por fax</p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de la MFA de la página siguiente.</li> <li>• Envíe la solicitud completada al <b>1-855-300-3684</b>.</li> </ul>   |
|  <p>Por correo postal</p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de la MFA de la página siguiente.</li> <li>• Envíe la solicitud completada a la siguiente dirección:<br/>Northfield Support Services<br/>11000 E. 45th Avenue<br/>Denver, CO 80239-3003</li> </ul>  |
|  <p>En persona</p>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complete la solicitud de la MFA de la página siguiente.</li> <li>• Entregue su solicitud completada en el área de registro del paciente en cualquier consultorio médico de Kaiser Permanente.</li> </ul>  |
|  <p>Reunión con un asesor financiero</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reúname con un asesor financiero en uno de nuestros centros designados, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (MST).</li> <li>• Tenga a la mano toda la información que figura en la solicitud de la MFA de la página siguiente.</li> </ul>  |

**Importante:** Cuando presente la solicitud en internet, por correo, por fax o en persona, asegúrese de completarla lo mejor que pueda. La falta de información puede demorar el procesamiento de su solicitud y ocasionar que se rechace la asistencia.

## Qué esperar después de presentar la solicitud

Después de revisar su solicitud, le informaremos uno de los siguientes resultados dentro de los treinta (30) días posteriores a su recepción:

- Si la solicitud se aprueba, recibirá una carta que le notificará su compensación económica.
- Si la solicitud está incompleta, recibirá una carta que detallará la información necesaria para procesar su solicitud. Puede enviar la información requerida por correo postal o entregarla en persona, esto podría incluir prueba de ingresos o copias de sus gastos de bolsillo.
- Si la solicitud se rechaza, recibirá una carta que le notificará la razón y tendrá la posibilidad de apelar la decisión.

## ¿Necesita ayuda?

Si tiene alguna pregunta, necesita ayuda con la solicitud o quiere verificar su estado, llame al **1-866-899-6018**, de lunes a viernes, de 10:00 a. m. a 3:00 p. m. (MST). También puede hablar con un asesor financiero en cualquier centro designado de Kaiser Permanente.

## Otros programas de beneficios y recursos adicionales

Estamos aquí para ayudarle en todo lo que podamos. Si necesita ayuda con cuestiones esenciales como comida, vivienda, el pago de Internet u otros servicios públicos, y más, el Centro Virtual de Apoyo Comunitario™ de Kaiser Permanente puede ayudarle a acceder a recursos en su comunidad. Llame al **1-800-443-6328 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o visite [kp.org/socialhealth](http://kp.org/socialhealth) (haga clic en “Español”).

## Documentación de prueba de ingresos

La verificación de ingresos es parte del proceso en el que se determina si una persona reúne los requisitos y puede recibir asistencia financiera para gastos médicos. Incluir documentación que pruebe sus ingresos junto con la solicitud completada ayudará a confirmar la exactitud de sus ingresos durante el proceso de revisión.

Los pacientes que elijan verificar su situación económica con documentación financiera pueden presentar sus talones de pago más recientes o su declaración de impuestos para el año fiscal actual como prueba de ingresos. Kaiser Permanente también aceptará documentación adicional como prueba de ingresos. La siguiente tabla enumera los documentos opcionales que debería presentar según las fuentes de ingresos de su hogar.

| <b>Fuentes de ingresos del hogar</b>  | <b>Proporcione solo uno de los siguientes por fuente de ingresos</b>  |
|---|---|
| Ingresos comerciales o de alquileres  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes</li> </ul>  |
| Ingreso laboral o salario   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los dos talones de pago más recientes</li> <li>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes</li> </ul>   |
| Ingresos recibidos por pensión, jubilación o anualidades  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los dos talones de pago más recientes</li> </ul> Ejemplos de otras opciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estado de pagos de pensión o jubilación</li> <li>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes</li> </ul> |
| Ingresos por trabajo autónomo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los dos talones de pago más recientes</li> <li>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes</li> </ul>   |
| Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario                                   | Ejemplos de otras opciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Carta de verificación de beneficios de la Administración del Seguro Social</li> <li>Declaración del Seguro Social</li> </ul>   |
| Ingresos por desempleo o incapacidad  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes</li> </ul> Ejemplos de otras opciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Carta de verificación de beneficios por desempleo o incapacidad</li> </ul>                        |
| Ingresos por veterano   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Formularios W-2, declaraciones 1099 o declaraciones de impuestos recientes</li> </ul> Ejemplos de otras opciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Carta de verificación de beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos</li> </ul>           |
| Asistencia gubernamental (p. ej., Medicaid, TANF, SNAP, WIC o vivienda para personas de bajos ingresos) | Ejemplos de otras opciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Carta de aprobación de elegibilidad</li> </ul>   |
| Ingresos por intereses o dividendos   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración de impuestos reciente</li> </ul>   |
| Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos  | Ejemplos de otras opciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Una carta que muestre los ingresos brutos mensuales recibidos para manutención de los hijos o pensión alimenticia</li> </ul>   |
| Sin ingresos en el hogar  | Ejemplos de otras opciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Declaración o explicación por escrito</li> </ul>   |

## Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos (MFA)

### Sección 1: Información del paciente

|   |                                    |                                       |  |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| NOMBRE  |                                    | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (OPCIONAL) |  |
| FECHA DE NACIMIENTO   | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL) |                                       | <input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social   |
| DIRECCIÓN POSTAL (CALLE)  |                                    |                                       |  |
| CIUDAD  | ESTADO                             | CÓDIGO POSTAL                         |  |
| ¿Actualmente el paciente no tiene vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                    | NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL          | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular<br><input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro |

¿Está el paciente inscrito en un programa de asistencia estatal como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP); Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF); Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC); viviendas para personas de bajos ingresos o Medicaid?  Sí  No

### Sección 2: Información del hogar

**Número de personas en el hogar:** La familia o el hogar del paciente incluye:

- Personas mayores de 18 años de edad: un cónyuge, una pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años o de cualquier edad si son personas con discapacidad, ya sea que vivan en el hogar o no. Personas de entre 18 y 20 años de edad: los familiares también incluyen a los padres, los familiares del cuidador y los otros hijos dependientes de los padres o los familiares del cuidador que sean menores de 21 años o de cualquier edad si son personas con discapacidad.
- Personas menores de 18 años de edad: el padre, la madre, los familiares del cuidador y otros hijos menores de 21 años o de cualquier edad si son personas con discapacidad.

**Ingresos del hogar (mensuales):** Ingreso bruto total (ingreso antes de impuestos y deducciones) de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Marque TODOS los tipos de ingresos que correspondan:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingresos comerciales o de alquileres | <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social o de la Seguridad de Ingreso Suplementario  |
| <input type="checkbox"/> Ingreso laboral o salario            | <input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo o incapacidad                                   |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por veterano                | <input type="checkbox"/> Pagos de manutención conyugal o infantil recibidos                     |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses o dividendos  | <input type="checkbox"/> Ingresos recibidos por pensión, jubilación o anualidades               |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo autónomo        | <input type="checkbox"/> Nadie en mi hogar recibe o ha recibido ingresos en los últimos 2 meses |

Si el ingreso bruto anual de todos los miembros del hogar es cero, marque la casilla de certificación arriba y abajo, y proporcione una explicación por escrito sobre cómo los miembros adultos de la familia se mantienen sin ingresos, es decir, alimentos, albergue, servicios públicos y otras necesidades.

---



---



---

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

**Costos de atención médica:** Gastos de bolsillo totales que tuvo durante un periodo de 12 meses por servicios de emergencia o medicamento necesarios proporcionados por Kaiser Permanente o cualquier otro proveedor de atención médica. Puede incluir copagos, depósitos, coseguros o deducibles por servicios médicos, de farmacia o dentales elegibles.

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

**Indique todos los miembros de su hogar que solicitan el Programa de Asistencia Financiera para Gastos Médicos.**

| Nombre | Fecha de nacimiento | Parentesco | N.º de historia clínica |
|--------|---------------------|------------|-------------------------|
| _____  | _____               | _____      | _____                   |
| _____  | _____               | _____      | _____                   |
| _____  | _____               | _____      | _____                   |
| _____  | _____               | _____      | _____                   |
| _____  | _____               | _____      | _____                   |

**¿No tiene seguro? Kaiser Permanente puede ayudar.** Si no tiene cobertura de atención médica, podemos ayudarle a comprender sus opciones. Marque esta casilla si desea que Kaiser Permanente se comunique con usted para hablar sobre sus opciones. O bien, puede llamarnos al **1-800-479-5764 (TTY 711)** para obtener una cotización.

Sí, comuníquense conmigo.

**Sección 3: Acuerdo del paciente**

Cuando no se proporcione prueba de ingresos, Kaiser Foundation Health Plan y Kaiser Foundation Hospitals (KFHP/H) utilizarán la información de las agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros a fin de determinar la elegibilidad para programas médicos federales, estatales y privados, incluido el programa de MFA.

Marque la casilla si no quiere que KFHP/H use la información proveniente de agencias de informes de crédito y otras fuentes de terceros a fin de determinar la elegibilidad para programas médicos federales, estatales y privados, incluido el programa de MFA (“exclusión”). Si elige excluirse, deberá proporcionar documentación sobre los ingresos con la solicitud a fin de determinar la elegibilidad.

Por la presente declaro que toda la información proporcionada anteriormente en esta solicitud es verdadera, precisa y completa en todos los aspectos. Además, reconozco y acepto que soy responsable de pagar a KFHP/H todos los montos adeudados a KFHP/H por servicios y suministros médicos que no sean elegibles de acuerdo con el programa (es decir, los “saldos”).

|       |       |
|-------|-------|
| FIRMA | FECHA |
|-------|-------|

Haremos todos los esfuerzos razonables para procesar su solicitud de manera oportuna. Una vez revisada, recibirá una carta confirmando el resultado.

# 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 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 بتتسيقات 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 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:** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយភាសាខ្មែរ 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 qiex 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'doowol ninizingo, t'áá jíík'e nábeehaz'á, t'áá áhwííjí t'áá áhwíítł'éé', tsosts'idjí áá'át'é. Member Service Contact Centerjij' hodíílni 1-800-464-4000 (TTY 711) éí doodago t'ááni Kaiser Permanente Azee' Bee Haz'ánígíí ádaal'íníjí' dínááál dóó baa nidíníitaal damóo biiskání dóó niléí nida'iiníshjí' aa'ádaat'é abínigo tseebíí bik'i dahazk'ęęzgo dóó yaa adi'áago ashdla' bik'i dahazkeezjí' ná áá'át'é. T'áá háída bits'íí' dóó binisíqęęs bee bich'í' anídahast'í'ígíí bá ahoot'i' 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'níhígíí ná hólq nááná béesh bee t'áá bí nitsídaakęęsígíí ał'áá ádaa t'éeego 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 dễ truy cập khác.