

Preguntas para Miembros del CHCP

Esta página es solo para miembros del CHCP. **Debe rellenarla solamente si recibe un subsidio del CHCP.**

Responda TODAS las preguntas que correspondan para cada persona que tendrá la cobertura del plan de salud y solicite un subsidio del CHCP en California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón o Virginia. Si la persona que presenta la solicitud es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deben rellenar esta sección.

Si tiene más de 3 dependientes que presentan la solicitud, saque una copia de esta página y llene la misma información solicitada a continuación para cada dependiente adicional.

Cónyuge o pareja de hecho

A su cónyuge o pareja doméstica...

¿Se le ofrece cobertura médica a través de un empleador?*

☐ Sí ☐ No

¿Se le ha denegado la cobertura de programas de salud pública u otras opciones de seguro subsidiadas o no es elegible para ella?* (por ejemplo: Medicaid o Medicare)

☐ Sí ☐ No

Dependiente 1

Al dependiente...

¿Se le ofrece cobertura médica a través de un empleador?*

☐ Sí ☐ No

¿Se le ha denegado la cobertura de programas de salud pública u otras opciones de seguro subsidiadas o no es elegible para ella?* (por ejemplo: Medicaid o Medicare)

☐ Sí ☐ No

Dependiente 2

Al dependiente...

¿Se le ofrece cobertura médica a través de un empleador?*

☐ Sí ☐ No

¿Se le ha denegado la cobertura de programas de salud pública u otras opciones de seguro subsidiadas o no es elegible para ella?* (por ejemplo: Medicaid o Medicare)

☐ Sí ☐ No

Dependiente 3

Al dependiente...

¿Se le ofrece cobertura médica a través de un empleador?*

☐ Sí ☐ No

¿Se le ha denegado la cobertura de programas de salud pública u otras opciones de seguro subsidiadas o no es elegible para ella?* (por ejemplo: Medicaid o Medicare)

☐ Sí ☐ No

*Indica que el campo es obligatorio.

Formulario de Cambios en la Cuenta

Georgia

Instrucciones

- Si usted ya es miembro de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) y está inscrito directamente en una cuenta de KPIF, puede utilizar este formulario para hacer cambios en su plan o cuenta. Solo el suscriptor puede llenar este formulario, o el padre, la madre o el tutor legal en el caso de una cuenta exclusiva para menores.
- Si usted ya es miembro de KPIF y está inscrito a través de Georgia Access, todos los cambios en la cuenta o el plan de su cobertura actual deben solicitarse a través de georgiaaccess.gov. Si no está seguro de cómo se encuentra inscrito o necesita ayuda adicional, llame al **1-800-255-5169** (TTY: **711**).
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Llene la Sección A con su información personal. Luego, en la Sección B, seleccione los cambios que quiere hacer y proceda a completar cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si usted es un suscriptor que finaliza su cobertura, la cobertura de sus dependientes también finalizará automáticamente. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores. Si cancela su cobertura de KPIF debido a que recientemente es elegible para cobertura de grupo o para Medicare, sus dependientes contarán con un periodo de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura de KPIF. Visite kp.org/inscripcionespecial o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más información.
- Si agrega un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que esta persona tenga no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar dos planes o quedar sin cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota:** Si tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

A. Llene el formulario con su información

Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre

ISN

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género:

- ☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

 - -

Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

Dirección postal ☐ Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa

Ciudad

Estado

Código postal

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las casillas de los cambios que desea hacer e incluya a todos los familiares afectados. No haremos ningún cambio para ningún familiar que no se mencione en la lista.

Puede hacer los siguientes cambios durante la inscripción abierta o un periodo de inscripción especial. Para realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, llame a Servicio a los Miembros al **1-888-865-5813** (TTY 711).

- ☐ Cambiar de plan
- ☐ Agregar cobertura médica para un familiar
- ☐ Cambiar una cuenta exclusiva para menores a una cuenta familiar conmigo como suscriptor

(Se aplican restricciones para periodos de inscripción especial. Visite kp.org/inscripcionespecial para obtener más información).

Combine cuentas de KPIF

Las cuentas se pueden combinar durante el periodo de inscripción abierta o un periodo de inscripción especial.

- ☐ Deseo agregar a uno o más familiares con un plan de KPIF existente a mi cuenta. Hacer esto cancelará el plan existente de sus familiares. (Indique qué familiares se transferirán a su cuenta en la Sección C).

Cancelación de cuenta

Nombre

ISN

Apellido

Número de historia clínica del suscriptor para la cancelación de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Suscriptor o padre/madre/tutor legal para la cancelación de la cuenta

Puede realizar los siguientes cambios en cualquier momento del año. (Nota: Para estos cambios, puede saltarse las Secciones D y E).

- ☐ Finalizar toda la cobertura para mí y todos mis familiares.
- ☐ Finalizar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja de hecho, y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores.
- ☐ Finalizar la cobertura de un familiar.
- ☐ Hacer los cambios indicados en la Sección A. (Si ha cambiado de nombre, adjunte la documentación legal correspondiente).
- ☐ Finalizar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores.
- ☐ Una persona en mi cuenta ha dejado de consumir tabaco. (Indique el familiar en la sección C).

Fecha de vigencia solicitada (no se garantiza)

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Cónyuge o pareja de hecho

- ☐ Cambio de nombre
- ☐ Agregar cobertura médica
- ☐ Finalizar cobertura médica

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo.

Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Nombre

ISN

Elija una opción:

☐ Cónyuge ☐ Pareja de hecho

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica (si corresponde)

Género

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación). (continuación)

Si realizará cambios para más de 3 dependientes, adjunte una copia de esta página y llénela con la información de esos dependientes. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

☐ Cambio de nombre

☐ Agregar cobertura médica

☐ Finalizar cobertura médica

Dependiente

1

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente.

☐ Sí

☐ No

Nombre

ISN

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género:

Número del Seguro Social (si corresponde)

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

☐ Cambio de nombre

☐ Agregar cobertura médica

☐ Finalizar cobertura médica

Dependiente

2

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente.

☐ Sí

☐ No

Nombre

ISN

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género:

Número del Seguro Social (si corresponde)

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

☐ Cambio de nombre

☐ Agregar cobertura médica

☐ Finalizar cobertura médica

Dependiente

3

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente.

☐ Sí

☐ No

Nombre

ISN

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género:

Número del Seguro Social (si corresponde)

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

D. Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta (**vaya a la Sección E**) ☐ Un periodo de inscripción especial (siga con este paso)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones, ya que las fechas de vigencia pueden variar según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

Cambio en la cobertura médica

- ☐ Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (ponga el último día completo que tuvo cobertura)
- ☐ Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (*individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA*) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (*qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA*)
- ☐ Interrupción de la contribución del empleador o de los subsidios del gobierno para pagar las primas de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA*)

Cambio en la familia

- ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por matrimonio o unión civil
 - ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o en cuidados de crianza
- Nota:** En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de vigencia:
- ☐ La fecha del nacimiento, adopción o colocación en adopción o en cuidados de crianza
 - ☐ El primer día del mes después del nacimiento o la entrega del niño

Escriba la fecha de su evento calificado de vida: / / (mm/dd/aaaa)

- ☐ Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
- Nota:** En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
- ☐ La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
 - ☐ El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal
- ☐ Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar

Cambio en la residencia

- ☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes

Otros eventos calificados de vida

- ☐ Determinación de circunstancias excepcionales por parte del intercambio de beneficios de salud

E. Elija su plan de salud

Si indicó que desea cambiar de plan o agregar cobertura para un familiar, seleccione su plan preferido a continuación. Todos los familiares que incluyó en la Sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, envíe un formulario para cada plan por separado.

Bronze

- ☐ KP GA Bronze HMO
Medical 5500 Rx 1500 60 Virtual
KP GA Signature Bronze HMO
Medical 5500 Rx 1500 60 Virtual†
- ☐ KP GA Bronze HMO
\$6500 40% HSA
KP GA Signature Bronze HMO
\$6500 40% HSA†
- ☐ KP GA Bronze HMO
\$7500 \$50
KP GA Signature Bronze HMO
\$7500 \$50†

Silver

- ☐ KP GA Silver HMO
Medical \$3500 Rx \$500 \$30
KP GA Signature Silver HMO
Medical \$3500 Rx \$500 \$30†
- ☐ KP GA Silver HMO
\$4500 \$35
KP GA Signature Silver HMO
\$4500 \$35†
- ☐ KP GA Silver HMO
\$6000 \$50
KP GA Signature Silver HMO
\$6000 \$50†
- ☐ KP GA Silver HMO
\$6500 \$70
KP GA Signature Silver HMO
\$6500 \$70†
- ☐ KP GA Silver HMO
\$4000 \$0 HSA
KP GA Signature Silver HMO
\$4000 \$0 HSA†
- ☐ KP GA Silver HMO
\$5500 \$0 HSA
KP GA Signature Silver HMO
\$5500 \$0 HSA†

- ☐ KP GA Silver HMO
\$5000 \$40 Virtual Complete
KP GA Signature Silver HMO
\$5000 \$40 Virtual Complete†
- ☐ KP GA Silver HMO
\$5500 \$50 Virtual Complete
KP GA Signature Silver HMO
\$5500 \$50 Virtual Complete†

Gold

- ☐ KP GA Gold HMO
Medical \$0 Rx \$500 \$25
KP GA Signature Gold HMO
Medical \$0 Rx \$500 \$25†
- ☐ KP GA Gold HMO
Medical \$500 Rx \$500 \$20
KP GA Signature Gold HMO
Medical \$500 Rx \$500 \$20†
- ☐ KP GA Gold HMO
Medical \$1000 Rx \$500 \$20
KP GA Signature Gold HMO
Medical \$1000 Rx \$500 \$20†
- ☐ KP GA Gold HMO
\$1500 \$30
KP GA Signature Gold HMO
\$1500 \$30†
- ☐ KP GA Gold HMO
Medical \$2000 Rx \$500 \$20
KP GA Signature Gold HMO
Medical \$2000 Rx \$500 \$20†
- ☐ KP GA Gold HMO
\$3500 \$0 HSA
KP GA Signature Gold HMO
\$3500 \$0 HSA†
- ☐ KP GA Gold HMO
Medical \$4000 Rx \$500 \$30
KP GA Signature Gold HMO
Medical \$4000 Rx \$500 \$30†

Para solicitantes menores de 30 años o con exenciones por dificultades económicas

Los planes Catastrophic están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de vigencia o que presenten un certificado de exención que demuestre sus dificultades económicas o la falta de cobertura asequible. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si tiene 30 años o más.** Para saber si reúne los requisitos, visite cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/ y siga las instrucciones.

- ☐ KP GA Catastrophic 10150
KP GA Signature Catastrophic 10150†

†Si vive en los condados de Clayton, Cobb, DeKalb, Fulton, Gwinnett o Henry, su plan estará dentro de la red de KP Signature HMO. Consulte la información importante sobre los planes en la red de KP Signature HMO en la Guía de Inscripción a KPIF.

¿El solicitante principal que está comprando este plan usa un acuerdo de reembolso de gastos médicos (*health reimbursement arrangement*, HRA)? ☐ Sí
Si responde "Sí", ¿qué tipo?: ☐ ICHRA ☐ QSEHRA

Con un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (QSEHRA), su empleador establecerá y financiará una cuenta para ayudarle a pagar las primas mensuales del plan individual y los gastos de bolsillo como una alternativa a la cobertura médica de grupo tradicional.

Usar el HRA de un empleador para ayudar a pagar las primas y los gastos de bolsillo no cambia su elegibilidad para un plan Kaiser Permanente Individual and Family.

F. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (KFHPGA) se basará en la información proporcionada en este formulario. Si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, KFHPGA puede optar por cancelar la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmando que ninguna de las personas incluidas en este formulario que está cambiando de plan o que fue agregada como dependiente tiene derecho a recibir Medicare Parte A ni está inscrita en Medicare Parte B.
- Si trabajé con un corredor de seguros, entiendo que el corredor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$28 al mes por miembro, más una posible bonificación. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y números de teléfono, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico, mensaje de texto o mensaje de voz de Kaiser Permanente. Para obtener más información, visite espanol.kaiserpermanente.org/es/termsconditions.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

Suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

Información de contacto

Por correo: Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193	Por fax: Membership Administration 1-855-355-5334	¿Tiene preguntas? Llame al 1-888-865-5813 (TTY 711)
--	--	--

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc., Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road NE, Atlanta, GA 30305.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes de derechos civiles aplicables federales y estatales y no discrimina o excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio de inglés limitado y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Ofrece servicios y dispositivos adicionales sin costo a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Ofrece servicios lingüísticos sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados,
 - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Si considera que el Kaiser Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo postal a: Asistencia a los Miembros (Member Relations Unit, MRU), Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736. Número de teléfono: 1-888-865-5813.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en <https://healthy.kaiserpermanente.org/georgia/language-assistance/nondiscrimination-notice> (cambie el idioma a español)

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-888-865-5813** ይደውሉ (TTY: 711)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-888-865-5813** (TTY: 711).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-888-865-5813** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-888-865-5813** تماس بگیرید (TTY: تلفن متنی): **711**).

Français (French) ATTENTION: si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-865-5813** an (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ સહિતની ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. **1-888-865-5813** (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale kreyòl, w ap jwenn sèvis asistans lang tankou èd ak sèvis konplemantè adapte gratis. Rele **1-888-865-5813** (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाओं सहित भाषा सहायता सेवाएँ मुफ्त उपलब्ध हैं। **1-888-865-5813** (TTY: 711) पर कॉल करें।

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-888-865-5813** までお電話ください (TTY: 711)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-888-865-5813** 로 전화해 주세요 (TTY: 711).

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yánítí'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'I bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, temos à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística, incluindo serviços e materiais de apoio adequados. Ligue para **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-888-865-5813** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

