

Formulario de Cambios en la Cuenta

Oregón

Instrucciones

- Si usted es un miembro existente de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) y está inscrito directamente en una cuenta KPIF, debe usar este formulario para hacer cambios en el plan o en la cuenta. Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta exclusiva para menores puede llenar este formulario.
- Si usted es un miembro existente de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) y se inscribió a través del Mercado de Seguros Médicos de Oregón, todos los cambios en el plan o en la cuenta de su cobertura actual deben solicitarse a través de healthcare.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 cancela su cobertura, la cobertura de sus dependientes también se cancelará 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 una 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 KFHPNW. 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 KFHPNW ni puede agregarse a su plan de KFHPNW como un nuevo dependiente.

A. Llene el formulario con su información

Si va a realizar un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género:	Número del Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar		
Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)		
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	Condado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		
Dirección postal	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa	
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

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.

- ☐ Cambiar de plan.
- ☐ Agregar cobertura médica para un familiar.
- ☐ Cambiar una cuenta exclusiva para menores a una cuenta familiar conmigo como suscriptor.
- ☐ Agregar cobertura dental para adultos (para miembros de 19 años o más).
- ☐ Agregar cobertura dental pediátrica (para los miembros menores de 18 años).

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

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

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

Nombre																		Inicial del segundo nombre											
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).

☐ Cancelar toda la cobertura para mí y todos mis familiares.
☐ Finalizar toda la cobertura médica de un familiar.
☐ Cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores.
☐ Cancelar 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.

☐ Cancelar cobertura dental para adultos.
☐ Finalizar la cobertura de atención dental.
☐ Hacer los cambios indicados en la Sección A. (Si ha cambiado de nombre, adjunte la documentación legal correspondiente).
☐ Una persona en mi cuenta ha dejado de consumir tabaco. (Indique el familiar en la Sección C).

Cónyuge o pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental para adultos
	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Finalizar cobertura dental para adultos
	<input type="checkbox"/> 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															Inicial del segundo nombre		Elija una opción:		
<input type="text"/>															<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho		
Apellido																			
<input type="text"/>																			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)					Género					Número del Seguro Social (si corresponde)									
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar					<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>									
Número de historia clínica (si corresponde)										Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)									
<input type="text"/>										<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>									
Dirección de correo electrónico																			
<input type="text"/>																			

C. ¿A qué miembros de la familia afecta el cambio? (Menciónelos a 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.

Dependiente 1	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica <input type="checkbox"/> Finalizar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental para adultos <input type="checkbox"/> Finalizar cobertura dental para adultos	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental pediátrica <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental pediátrica
	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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

Dependiente 2	<input type="checkbox"/> Cambiar de nombre	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental para adultos	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental pediátrica
	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Finalizar cobertura dental para adultos	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental pediátrica
	<input type="checkbox"/> 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	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/>
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)		
<input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

Dependiente 3	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica <input type="checkbox"/> Finalizar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental para adultos <input type="checkbox"/> Finalizar cobertura dental para adultos	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura dental pediátrica <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental pediátrica
	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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Nombre <input type="text"/>	Inicial del segundo nombre <input type="text"/>	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Apellido <input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde) <input type="text"/>		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Número del Seguro Social (si corresponde) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
Dirección de correo electrónico <input type="text"/>			

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 varían según el evento. También se requiere una prueba de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario. Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-255-5169 (TTY: 711) 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 (indique el último día completo que tuvo cobertura)
- ☐ Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura 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)

- ☐ 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 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 familia

- ☐ Adición de un dependiente o convertirse en dependiente mediante matrimonio o una pareja de hecho
- ☐ Adición de un dependiente o convertirse en dependiente por el nacimiento de un hijo, o por adopción o puesta en adopción o cuidados de crianza
Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
 - ☐ La fecha del nacimiento, la adopción o la puesta en adopción o en cuidados de crianza
 - ☐ El primer día del mes posterior al nacimiento o la puesta en adopción o en cuidados de crianza

Cambio en la residencia

- ☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes

Otros eventos calificados de vida

- ☐ Determinación por parte del Mercado de Seguros de Salud de Oregón por circunstancias excepcionales

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

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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> KP OR Standard Bronze Plan | <input type="checkbox"/> KP OR Silver 3000 X |
| <input type="checkbox"/> KP OR Bronze HSA 7100 | <input type="checkbox"/> KP OR Silver 1000 |
| <input type="checkbox"/> KP OR Bronze 6000 | <input type="checkbox"/> KP OR Standard Gold Plan |
| <input type="checkbox"/> KP OR Silver 5500 | <input type="checkbox"/> KP OR Gold HSA 2100 |
| <input type="checkbox"/> KP OR Silver 4000 X | <input type="checkbox"/> KP OR Gold 1750 |
| <input type="checkbox"/> KP OR Silver HSA 3600 | <input type="checkbox"/> KP OR Gold 0 |

¿El solicitante principal que está comprando este plan usa un acuerdo de reembolso de gastos médicos (health reimbursement arrangement, HRA)?

- ☐ Sí Si la respuesta es "Sí", ¿de 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. Elija su plan de atención dental

Si se inscribe en un plan de salud Individuals and Families, la ley exige que también se inscriba en otro plan de atención dental pediátrico con nosotros o con otra compañía, incluso si tiene más de 18 años. (Nuestros planes dentales familiares incluyen los beneficios dentales pediátricos requeridos).

- Todas las personas incluidas en este formulario deben inscribirse en el mismo plan de atención dental.
- Si alguno de sus familiares quiere solicitar un plan dental diferente, presente una formulario de cambios en la cuenta por separado.

Planes dentales familiares

Me gustaría tener cobertura dental:

- ☐ Solo para adultos (de 19 años o más)
- ☐ Para adultos y niños
- ☐ Solo para niños (de 18 años o menos)

Seleccione el plan dental.

- ☐ KP OR Family Dental - \$1000/\$50 Ded
- ☐ KP OR Family Dental - \$1000
- ☐ KP OR Family Dental - \$100 Ded

G. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) se basará en la información que yo proporcione en este formulario y que, si cualquier información resulta ser fraudulenta o intencionalmente engañosa, KFHPNW puede optar por cancelar mi cobertura desde su fecha de entrada en vigencia.
- Confirmo 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 no estoy comprando un plan dental pediátrico, doy fe de que yo y otros dependientes incluidos en la solicitud obtuvimos y mantendremos un plan dental pediátrico certificado por el Mercado de Seguros Médicos de Oregón.
- Si trabajé con un productor, 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 \$20 para planes médicos y \$2.50 para planes dentales, por 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.

Nota: El suscriptor que realice un cambio deberá firmar el formulario.

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 postal a: Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193	Por fax: Administración de Membresías 1-855-355-5334	¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-800-813-2000 (TTY 711).
---	--	---

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (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 diferente 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:

- Brinda a las personas que tienen una discapacidad modificaciones razonables y servicios y dispositivos auxiliares adecuados sin costo alguno, 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 a Servicio a los Miembros al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Si considera que Kaiser Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o que ha sufrido discriminación de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual pueden presentar una queja formal ante el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles de Kaiser está disponible para ayudarle. Puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles al:

Departamento de Asistencia a los Miembros (Member Relations Department)
A la atención de: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
Por fax: **1-855-347-7239**

También puede presentar una queja sobre derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

Los formularios de queja están disponibles en **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Para miembros en Washington:

También puede presentar una queja de forma electrónica ante la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington, a través del portal de quejas informales de esta oficina en **<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>**, o por teléfono al **1-800-562-6900** ó **360-586-0241** (TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en **<https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>**.

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 **1-800-813-2000** (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** 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 **1-800-813-2000** (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**1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (تلفن متنی: 711) تماس بگیرید.

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 **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

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。 **1-800-813-2000**までお電話ください (TTY: 711)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្របដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요 (TTY: 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- 711)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- 711)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).