

Reembolso de viajes y hospedaje

Seleccione los servicios de especialidad dentro de su región

Si usted es miembro de Kaiser Permanente Southern California y se lo refirió a ciertos servicios de atención médica a 50 millas o más de su hogar dentro de su región, le reembolsaremos determinados gastos de viajes y hospedaje.

Lista de verificación de elegibilidad

Comience respondiendo las preguntas a continuación para saber si usted puede solicitar el reembolso de viajes y hospedaje según el programa de servicios de especialidad seleccionado.

¿El miembro reside en la región del Sur de California?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El servicio se proporcionó dentro del Sur de California?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>¿Es su servicio alguno de los servicios de especialidad elegibles que se enumeran a continuación?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Cirugía gástrica compleja • Cirugía torácica compleja • Pediatría general para pacientes hospitalizados agudos o pediatría especializada para pacientes hospitalizados, excepto hospitalizaciones directas en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y la Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) • Hematología y oncología pediátrica ambulatoria • Quimioterapia para el tratamiento de leucemia o linfoma de pacientes hospitalizados • Dispositivo de asistencia ventricular izquierda, derecha o de ambos lados (LVAD, RVAD, BiVAD) • Nefrectomía para trasplante • Pancreatectomía • Cistectomía (vigente a partir del 1 de octubre de 2024) • Esofagectomía (vigente a partir del 1 de octubre de 2024) • Hepatectomía (vigente a partir del 1 de octubre de 2024) 	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Un médico de Kaiser Permanente refirió al miembro para este servicio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El servicio que recibió el miembro, ¿se proporcionó a 50 millas o más de su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Puede enviar la documentación correspondiente a sus gastos de viaje y hospedaje, como recibos desglosados?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si su respuesta es NO a cualquiera de las preguntas anteriores, no es elegible para este programa y no puede solicitar el reembolso con el formulario de solicitud que se adjunta.

Visite kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (cambie el idioma a español) para obtener más información sobre otros programas de viajes y hospedaje disponibles.

Si su respuesta es SÍ a todas las preguntas anteriores, usted es elegible para el reembolso de viajes y hospedaje según el programa de servicios de especialidad seleccionado y debe enviar el formulario de solicitud que se adjunta. Asegúrese de leer las preguntas más comunes que se adjuntan antes de completar la solicitud. Puede encontrar más información en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (cambie el idioma a español).

(continúa en la página siguiente)

Preguntas más comunes sobre reembolsos de viajes y hospedaje

¿Cómo puedo presentar una reclamación?

- Llene el formulario de solicitud de reembolso que se incluye en su paquete.
- Para evitar demoras, necesitamos que su nombre completo, su dirección de correo electrónico actual y los números de teléfono registrados en su expediente estén escritos correctamente.
- Asegúrese de que la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros tenga su dirección postal actual. Puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para verificar o cambiar su dirección postal al **1-800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrada los días festivos). Los cheques solo se pueden enviar a la dirección postal registrada en su expediente.
- Envíe una copia de los recibos originales desglosados junto con su formulario de solicitud y guarde una copia para sus archivos. Proporcione copias de sus recibos originales desglosados de servicios (por ejemplo, envíe la factura original desglosada del hotel en lugar del recibo de su tarjeta de crédito o el estado de cuenta de la tarjeta de crédito).

¿Qué gastos pueden reembolsarse?

- Gastos elegibles de viajes y hospedaje que se identifican en este formulario, con los recibos originales desglosados para los servicios de especialidad seleccionados y proporcionados a 50 millas o más del hogar del miembro
- Taxi de ida y vuelta o transporte compartido equivalente, autobús, tren o millaje de vehículo personal para usted y un cuidador/acompañante desde su hogar para ir al centro de atención adonde fue referido y regresar de él, hasta \$200 por viaje de ida y vuelta para todas las consultas necesarias desde el punto de vista médico que se lleven a cabo antes del servicio, durante el servicio y después del servicio*

- Hospedaje para usted y un cuidador o acompañante, para 1 habitación más impuestos, hasta \$150 por día, durante el período especificado en su referido

¿Qué gastos no se pueden reembolsar?

- Gastos de viajes y hospedaje proporcionados a menos de 50 millas del hogar del miembro
- Gastos de viajes y gastos personales para más de 1 cuidador o acompañante
- Alimentos y bebidas
- Medicamentos de venta sin receta y artículos de cuidado personal
- Transporte diario para ir al centro de atención adonde fue referido y regresar de él*
- Gasolina para un vehículo personal/de acompañante o para un automóvil de alquiler
- Llamadas telefónicas y servicio de Internet
- Gastos de hospedaje, que no sean de la habitación e impuestos, como servicios a la habitación, minibar y películas

¿Cuándo recibiré mi cheque de reembolso?

- Le enviaremos un cheque de reembolso aproximadamente 8 semanas después de recibir toda la documentación necesaria.
- Enviaremos un solo cheque a la dirección registrada en su expediente de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
- Si se le debe dinero a un cuidador o acompañante, dicho monto se incluirá en el cheque.
- Usted es responsable del reembolso del cuidador o acompañante.

*Si usted es miembro de Medi-Cal, cuenta con más opciones de transporte. Si desea obtener más detalles, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)**.

(continúa en la página siguiente)

Para obtener más ayuda

 <p>Si tiene preguntas generales acerca de viajes y hospedaje o sobre el formulario de reembolso:</p> <p>Llame al coordinador de Viajes y Hospedaje al 626-405-6162.</p>	 <p>Para consultar el estado de su reembolso:</p> <p>Si no ha recibido su reembolso 8 semanas después de haber recibido su carta de aprobación del reembolso, llame al coordinador de Viajes y Hospedaje al 626-405-6162.</p>
 <p>Para obtener más información, visite kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (cambie el idioma a español).</p>	



Kaiser Permanente Southern California

Formulario de solicitud de reembolso de los gastos de viajes y hospedaje por servicios de especialidad seleccionados

Use este formulario para solicitar el reembolso de gastos de viaje y hospedaje elegibles para los servicios especializados seleccionados que se indican en este documento. Proporcione la información a continuación para el miembro que recibe los servicios elegibles.

Nombre del miembro o paciente:		Fecha de nacimiento:
Dirección postal:		
Ciudad/Estado/Código postal:		Dirección de correo electrónico:
Número de expediente médico:	Número de teléfono:	Número alternativo:
Nombre del médico que le brindó el servicio:		
Centro de atención donde se brindó el servicio:		
Nombre y número de teléfono del administrador de caso o de atención:		
Escoja la categoría de servicio recibido (el servicio debe aparecer a continuación para ser elegible para reembolso): <input type="checkbox"/> Cirugía bariátrica <input type="checkbox"/> Cirugía gástrica compleja <input type="checkbox"/> Cirugía torácica compleja <input type="checkbox"/> Quimioterapia para el tratamiento de leucemia o linfoma de pacientes hospitalizados <input type="checkbox"/> Pediatría general para pacientes hospitalizados agudos o pediatría especializada para pacientes hospitalizados, excepto hospitalizaciones directas en la UCIN y la UCIP <input type="checkbox"/> Hematología y oncología pediátrica ambulatoria <input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia ventricular izquierda, derecha o de ambos lados (LVAD, RVAD o BiVAD) <input type="checkbox"/> Nefrectomía para trasplante <input type="checkbox"/> Pancreatectomía <input type="checkbox"/> Cistectomía (vigente a partir del 1 de octubre de 2024) <input type="checkbox"/> Esofagectomía (vigente a partir del 1 de octubre de 2024) <input type="checkbox"/> Hepatectomía (vigente a partir del 1 de octubre de 2024)		Propósito de la visita (elijá todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Preoperatoria <input type="checkbox"/> Posoperatoria
¿El miembro pasó la noche en el hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", proporcione información sobre la hospitalización del miembro.		
Fecha de hospitalización:		Fecha de alta hospitalaria:
Fechas de citas como paciente ambulatorio (incluya las fechas solo si viaja directamente desde su hogar hacia el centro de atención médica):		
Transporte (se requieren los recibos): • Medio de transporte (p. ej., autobús, automóvil de alquiler o propio, etc.): _____ • ¿Cuántas consultas de viaje redondo hizo el miembro de su casa al lugar de servicio para recibir el tratamiento?		
Hospedaje (se requieren los recibos): • ¿El miembro necesitó hospedaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas: _____ • ¿El acompañante o cuidador del miembro necesitó hospedaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas: _____ Nombre del acompañante o cuidador: _____ Fecha de la última cita antes de recibir el alta hospitalaria: _____ Fecha en que el miembro regresó al hogar: _____		
Firma del miembro:		Fecha:

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente¹ cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, tales como:
 - ◆ intérpretes calificados de lengua de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados,
 - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). La llamada es gratuita.

- Todos los miembros: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

Al presentar una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** todos los miembros pueden llamar al **1 800-788-0616 (TTY 711)**. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un

¹ Kaiser Permanente incluye Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, y el Southern California Medical Group

centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).

- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY **711** o al **1-800-537-7697**).

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711)

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل. کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នក េ យ 24 េ " ងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបក ប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនង សម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 េ " ងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ອບເປັນຮຽງຄ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫອນ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປອອກ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພຽງແຕ່ໂທ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫອນ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyunge horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asiníáágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áq'át'é, t'áá álahjí' jíggo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áq'át'é. Ata' hane' yidiikił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchiigo, éi doodago hane' bee didiíts'ííhígíí yidiikił. Hane' bee bik'í' di'diít'ííhígíí dóó bee hane' didiíts'ííhígíí bína'idíłkidgo yidiikił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíggo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áq'át'é. (Dahodilzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayool'inígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
зкладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.