



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted [y el plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención a la salud cubiertos. NOTA: la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proveerá por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de la lista completa de los términos de cobertura, visite www.kp.org/plandocuments o llame al 1-800-290-8900 (TTY: 711). Para obtener definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-290-8900 (TTY: 711) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|--|--|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0 | Revise el cuadro de eventos médicos comunes más abajo para ver los costos de los servicios que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ? | No se aplica. | Este plan cubre algunos artículos y servicios aun cuando usted no haya alcanzado el monto deducible . Sin embargo, un copago o coaseguro podría aplicar. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | usted no debe alcanzar deducibles para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este plan ? | No se aplica. | Este plan no tiene un límite de desembolso en sus gastos. |
| ¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el límite de desembolso ? | Ninguna | Este plan no tiene un límite de desembolso en sus gastos. |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.kp.org o llame al 1-800-290-8900 (TTY: 711) para obtener una lista de los proveedores de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red del plan. Si utiliza un proveedor fuera de la red, pagará más y puede que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre el cargo de dicho proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su proveedor antes de obtener algún servicio. |
| ¿Necesita una referencia para ver a un especialista ? | Sí, pero puede dirigirse por su cuenta a ciertos especialistas . | Este plan pagará una porción o la totalidad del costo de los servicios cubiertos de un especialista siempre y cuando usted tenga una referencia antes de visitar al especialista . |



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se aplican en esta tabla se aplican luego de alcanzar su [deducible](#), en caso de que corresponda aplicar [un](#) deducible.

| Eventos médicos comunes | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará si visita a un proveedor del plan (Pagará el monto mínimo) | Lo que pagará si visita a un proveedor que no pertenece al plan (pagará el monto máximo) | Limitaciones, excepciones y otras informaciones importantes |
|---|--|--|--|--|
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención a la salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Visita a un especialista | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Atención preventiva/ exámenes de detección/vacunación | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Es posible que tenga que pagar por los servicios no preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Luego verifique lo que pagará su plan. |
| Si se somete a una prueba | Pruebas de diagnóstico (radiografías y análisis de sangre) | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura. |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar información adicional sobre la cobertura de medicamento con receta en kp.org/wa/7formulary2023 | Medicamentos genéricos preferidos | Sin cargo/30 días | No se ofrece cobertura | Hasta un suministro de 90 días (al detal y pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario. Después del primer abastecimiento, se requiere que se abastezca de los medicamentos de mantenimiento en una clínica KFHPWA o a través de un pedido por correo a KFHPWA. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo/30 días | No se ofrece cobertura | Hasta un suministro de 90 días (al detal y pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario. Después del primer abastecimiento, se requiere que se abastezca de los medicamentos de mantenimiento en una clínica KFHPWA o a través de un pedido por correo a KFHPWA. |

| | | | | |
|--|--|-------------------|------------------------|--|
| | Medicamentos genéricos/de marca no preferidos | Sin cargo/30 días | No se ofrece cobertura | Hasta un suministro de 90 días (al detal y pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario. Después del primer abastecimiento, se requiere que se abastezca de los medicamentos de mantenimiento en una clínica KFHPWA o a través de un pedido por correo a KFHPWA. |
| | Medicamentos especializados | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Hasta un suministro de 30 días (al detal) |
| Si tiene una cirugía ambulatoria | Tarifa del establecimiento (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | Sin cargo | Sin cargo | Si un proveedor que no pertenece a la red lo admite como paciente, debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las siguientes 24 horas. Se limita solamente a la fase inicial de la emergencia. |
| | Traslado por emergencia médica | Sin cargo | Sin cargo | Ninguna |
| | Atención de urgencia | Sin cargo | Sin cargo | Los proveedores que no pertenecen a la red están cubiertos en caso de que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio: sin cargo |
| Si es hospitalizado | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación de hospital) | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura. |
| | Tarifa del médico/cirujano | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura. |
| Si necesita servicios de salud mental y conductual o por abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura. |
| | Visitas al consultorio | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Según el tipo de servicios, se puede aplicar un copago , un coaseguro o un deducible . La |

| | | | | |
|---|--|-----------|------------------------|--|
| Si está embarazada | | | | atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., un ultrasonido). |
| | Servicios profesionales de parto/nacimiento | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los costos compartidos de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |
| | Servicios de instalaciones para el parto / nacimiento | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las primeras 24 horas luego de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los costos compartidos de servicios para recién nacidos se consideran por separado de los de la madre. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales | Atención a la salud en el hogar | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Límite de 130 visitas por año. Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Pacientes ambulatorios: límite de 25 visitas por año. Pacientes hospitalizados: límite de 30 días por año. Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Los pacientes hospitalizados deberán presentar una autorización previa o no tendrán cobertura. |
| | Servicios de recuperación de las habilidades | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Pacientes ambulatorios: límite de 25 visitas por año. Pacientes hospitalizados: límite de 30 días por año. Los servicios con diagnósticos de salud mental tienen cobertura ilimitada. Los pacientes hospitalizados deberán presentar una autorización previa o no tendrán cobertura. |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Límite de 60 días por año. Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura. |
| | Servicios de hospicio | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura. |
| Si su niño necesita servicios odontológicos u oftalmológicos | Examen de la vista para niños | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Limitado a un examen cada 12 meses |
| | Anteojos para niños | Sin cargo | No se ofrece cobertura | Se limita a 1 par de marcos y lentes o lentes de contacto / año. |

| | | | |
|--|------------------------|------------------------|---------|
| Consulta odontológica de rutina para niños | No se ofrece cobertura | No se ofrece cobertura | Ninguna |
|--|------------------------|------------------------|---------|

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía bariátrica ● Cirugía estética ● Atención dental (adulto y niño) | <ul style="list-style-type: none"> ● Audífonos ● Tratamiento de infertilidad ● Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> ● Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU. ● Enfermera privada ● Programas para perder peso |
|---|--|--|

Otros servicios cubiertos (algunas limitaciones pueden aplicar para estos servicios. Esta no es una lista exhaustiva. Consulte su documento del [plan](#)).

| | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Aborto ● Acupuntura (12 visitas por año) | <ul style="list-style-type: none"> ● Atención quiropráctica (10 visitas / año) ● Atención oftalmológica de rutina (adulto y niño) | <ul style="list-style-type: none"> ● Atención podológica de rutina |
|---|---|---|

Su derecho a una cobertura continua: hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura luego de que esta se termine. La información de contacto de dichas agencias se muestra en el cuadro a continuación. También pueden estar disponibles otras opciones de cobertura para usted, lo que incluye la compra de una cobertura de seguro individual a través del [mercado](#) de seguro de salud. Para más información sobre el [mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su [plan](#) por el rechazo de un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamación](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para tal [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información detallada sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [reclamación](#) a su [plan](#) por cualquier razón. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita asistencia, comuníquese con la agencia indicada en el cuadro a continuación.

Información de contacto para cuestiones relacionadas con sus derechos para continuar la cobertura y sus derechos a presentar un reclamo y una apelación:

| | |
|--------------------------------------|--|
| Kaiser Permanente Member Services | 1-800-290-8900 (TTY: 711) or https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services |
| Office of the Insurance Commissioner | 1-800-562-6900 or www.insurance.wa.gov |

¿Este plan proporciona la Cobertura Esencial Mínima? Si.

Por lo general, la [Cobertura Esencial Mínima](#) incluye [planes](#) y [seguros de salud](#) disponibles a través del [mercado](#) u otras pólizas individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal por la prima](#).

¿Este plan satisface el Estándar de Valor Mínimo? No se aplica.

Si su [plan](#) no cumple con el [Estándar de Valor Mínimo](#), usted puede ser elegible para recibir un [crédito fiscal por la prima](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [mercado](#).

Servicios en otros idiomas:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-290-8900 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-290-8900 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-290-8900 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-290-8900 (TTY: 711)

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los costos en una situación médica hipotética, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los cargos de sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y coaseguro) y los [servicios excluidos](#) de acuerdo con el [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que usted pagaría según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual personal.

| Peg va a dar a luz (9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital) | | Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada) | | Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red) | |
|---|----------|--|---------|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 | ■ El deducible general del plan | \$0 | ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Copago para consultas con un especialista | \$0 | ■ Copago para consultas con un especialista | \$0 | ■ Copago para consultas con un especialista | \$0 |
| ■ Copago para el hospital (establecimiento) | \$0 | ■ Copago para el hospital (establecimiento) | \$0 | ■ Copago para el hospital (establecimiento) | \$0 |
| ■ Otro (análisis de sangre) copago | \$0 | ■ Otro (análisis de sangre) copago | \$0 | ■ Otros (radiografía) copago | \$0 |
| Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Visitas al consultorio de un especialista (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales de parto/nacimiento Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento Pruebas de diagnóstico (<i>ultrasonidos y análisis de sangre</i>) Visita a un especialista (<i>anestesia</i>) | | Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de atención primaria (<i>incluida la educación sobre enfermedades</i>) Pruebas de diagnóstico (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos de receta Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>) | | Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Atención en la sala de emergencias (<i>incluidos los suministros médicos</i>) Pruebas de diagnóstico (<i>radiografías</i>) Equipo médico duradero (<i>muléttas</i>) Servicios de rehabilitación (<i>fisioterapia</i>) | |
| Costo total del ejemplo | \$12,700 | Costo total del ejemplo | \$5,600 | Costo total del ejemplo | \$2,800 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | | En este ejemplo, Joe pagaría: | | En este ejemplo, Mia pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | |
| Deducibles | \$0 | Deducibles | \$0 | Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 | Copagos | \$0 | Copagos | \$0 |
| Coaseguro | \$0 | Coaseguro | \$0 | Coaseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | | <i>Lo que no está cubierto</i> | | <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 | Límites o exclusiones | \$0 | Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$0 | El total que Joe pagaría es | \$0 | El total que Mia pagaría es | \$0 |

El [plan](#) sería responsable de cubrir los costos adicionales de este EJEMPLO de servicios cubiertos.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Washington y Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. ("Kaiser Permanente") cumderechoplen con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discriminan, no excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente por motivos relacionados a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra característica protegida por las correspondientes leyes federales, estatales o locales. Además, nosotros realizamos lo siguiente:

- Para garantizar una comunicación eficaz, brindamos asistencia y servicios gratuitos a las personas con
 - discapacidades, como, por ejemplo: intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles)
 - Dispositivos de asistencia (lupas, amplificadores auditivos portátiles y otros dispositivos)
- Brindamos servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés,
 - como, por ejemplo: intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Kaiser Permanente.

Si considera que Kaiser Permanente no ha brindado dichos servicios o ha discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja. Llámenos si necesita ayuda para presentar una queja. Se notificará al coordinador de Derechos Civiles acerca de todas las quejas relacionadas con actos de discriminación. Teléfono de Kaiser Permanente: 206-630-4636, línea gratuita: 1-888-901-4636, sistema de retransmisión TTY de Washington: 1-800-833-6388 o 711, sistema de retransmisión TTY de Idaho: 1-800-377-3529 o 711. Página web: kp.org/wa/feedback.

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), 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 o por teléfono a Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Con respecto a los planes Medicare Advantage únicamente: Kaiser Permanente es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

AYUDA EN SU IDIOMA

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 or 711).

አማርኛ (Amharic) ፡ ማስታወሻ፡ የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገልግሎት ይገኛል። በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚኒስተረው ቁጥር ይደውሉ። 1-888-901-4636 (መስማት ለተሳናቸው፡ 1-800-833-6388 / 711)።

العربية (Arabic): لديكم حق الحصول على مساعدة ومعلومات في ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-901-4636 رقم هاتف الصم والبكم : (711 / 1-800-833-6388).

中文 (Chinese) : 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711)。

فارسی (Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. یا (TTY: 1-800-833-6388/711) 1-888-901-4636 تماس بگیرید.

Français (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-901-4636 (ATS: 1-800-833-6388 / 711).

Adamawa (Fulfulde): MAANDO: To a waawi Adamawa, e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711).

日本語 (Japanese): 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ភាសាខ្មែរ (Khmer): ឆាប់តាម ឃើញសំណួរនិយាយ, សេចក្តីជួយផ្នែក យេមិនគិតល គឺចនសំបាប់ធរណ។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711) ។

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711) 번으로 전화해 주십시오.

ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຊາຍ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມ ໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711).

Oromiffa (Oromo): XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian): ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-901-4636 (телетайп: 1-800-833-6388 / 711).

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian): OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-901-4636 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-800-833-6388 / 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711).

Filipino (Tagalog): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711).

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-901-4636 (телетайп: 1-800-833-6388 / 711).

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 / 711).