



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?	Individual \$750/familiar \$1,500	Por lo general, usted deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible , antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene a otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual, hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar total .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	Sí. La atención preventiva y los servicios que se indican en el cuadro que comienza en la página 2.	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?	Individual \$2500/familiar \$5000	El límite de desembolso es la suma más alta que podría pagar en un año de servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de su familia en este plan , ellos deben alcanzar sus propios límites de desembolso hasta que el límite total de desembolso familiar se haya alcanzado.
¿Cuáles son los gastos que no se incluyen en el límite de desembolso ?	Las primas , los cargos por facturación de saldos y la atención a la salud que este plan no cubre, que se indican en el cuadro que comienza en la página 2.	A pesar de que usted paga estos gastos, estos no se toman en cuenta para alcanzar el límite de desembolso .
¿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	Telesalud: sin cargo, el deducible no se aplica. En persona con autorización: \$10 por visita, no se aplica el deducible; En persona y sin autorización: 20 % de coaseguro .	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Visita a un especialista	Telesalud: sin cargo, el deducible no se aplica. En persona con autorización: \$20 por visita, no se aplica el deducible; En persona y sin autorización: 20 % de coaseguro .	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Atención preventiva/exámenes de detección/vacunación	Sin cargo, no se aplica el deducible	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)	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imagenología (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.

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 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	Al detal: \$10 por receta , no se aplica el deducible/30 días; Pedido por correo: \$5 por receta , no se aplica el deducible/90 días	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) y un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario .
	Medicamentos de marca preferidos	Al detal: coaseguro del 50 %/30 días; Pedido por correo: coaseguro del 45 % /30 días	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) y un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario .
	Medicamentos genéricos/de marca no preferidos	Al detal: coaseguro del 50 %/30 días; Pedido por correo: coaseguro del 45 % /30 días	No se ofrece cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al detal) y un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas del formulario .
	Medicamentos especializados	50 % de coaseguro	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)	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20 % de coaseguro	20 % de coaseguro	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	20 % de coaseguro	20 % de coaseguro	Ninguna
	Atención de urgencia	\$20 por visita, no se aplica el deducible	20 % de coaseguro	Los proveedores que no pertenecen a la red están cubiertos en caso de que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio: coaseguro del 20 %
Si es hospitalizado	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación de hospital)	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.
	Tarifa del médico/cirujano	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.

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 necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Telesalud: sin cargo, el deducible no se aplica. En persona con autorización: \$10 por visita, no se aplica el deducible; En persona y sin autorización: 20 % de coaseguro .	No se ofrece cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo, no se aplica el deducible	No se ofrece cobertura	Según el tipo de servicios, se puede aplicar un copago , un coaseguro o un deducible . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (como un ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	20 % de coaseguro	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	20 % de coaseguro	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.

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 necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención a la salud en el hogar	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Límite de 130 visitas por año. Requiere autorización previa o no tendrá cobertura.
	Servicios de rehabilitación	Paciente hospitalizado: 20 % de coaseguro Telesalud: Sin cargo, no se aplica el deducible En persona con autorización: \$20 por visita, no se aplica el deducible; En persona y sin autorización: 20 % de coaseguro .	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	Paciente hospitalizado: 20 % de coaseguro Telesalud: Sin cargo, no se aplica el deducible En persona con autorización: \$20 por visita, no se aplica el deducible; En persona y sin autorización: 20 % de coaseguro .	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	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Límite de 60 días por año. Requiere autorización previa o no tendrá cobertura.
	Equipo médico duradero	20 % de coaseguro	No se ofrece cobertura	Requiere una autorización previa o no tendrá cobertura.
	Servicios de hospicio	Sin cargo, no se aplica el deducible	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 aplica el deducible	No se ofrece cobertura	Limitado a un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	Sin cargo, no se aplica el deducible	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 viaje 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 obtener 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](#) por cualquier razón a su [plan](#). 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? Sí.

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, kwijigo 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	\$750	■ El deducible general del plan	\$750	■ El deducible general del plan	\$750
■ Costo compartido de la consulta al especialista	\$20 + 20 %	■ Costo compartido de la consulta al especialista	\$20 + 20 %	■ Costo compartido de la consulta al especialista	\$20 + 20 %
■ Coaseguro del hospital (centro)	20 %	■ Coaseguro del hospital (centro)	20 %	■ Coaseguro del hospital (centro)	20 %
■ Coaseguro para otros servicios (análisis de sangre)	20%	■ Coaseguro para otros servicios (análisis de sangre)	20%	■ Coaseguro para otros servicios (radiografías)	20 %
Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Visitas al consultorio de un especialista (atención prenatal) Servicios profesionales de parto/nacimiento Servicios de instalaciones para el parto/nacimiento Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre) Visita a un especialista (anestesia)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluida la educación sobre enfermedades) Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre) Medicamentos de receta Equipo médico duradero (medidor de glucosa)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: Atención en la sala de emergencias (incluidos los suministros médicos) Pruebas de diagnóstico (radiografías) Equipo médico duradero (muletas) Servicios de rehabilitación (fisioterapia)	
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	\$750	Deducibles	\$750	Deducibles	\$750
Copagos	\$0	Copagos	\$200	Copagos	\$10
Coaseguro	\$1,800	Coaseguro	\$400	Coaseguro	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es**	\$2,570	El total que Joe pagaría es	\$1,350	El total que Mia pagaría es	\$1,060

* Nota: El monto que paga el paciente tiene como tope el [límite de desembolso del plan](#). Es posible que no coincidan los montos totales debido al redondeo.

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 አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው 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 1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388/711) 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 ឃើសិនអ្នកនិយាយ, សេដ្ឋន្តនិយម យើងនឹងជួយ គឺចង់សំបាប់អ្នក។ 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).