



Cobertura para: Individuo/Familia | Tipo de plan: HDHP

Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of Washington

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte <https://kp.org/plandocuments> o llame al 1-800-290-8900 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-800-290-8900 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total? | \$6,050 por individuo/\$12,100 por familia | En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | \$7,250 por individuo/\$14,500 por familia. | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Las <u>primas</u> , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> que se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-800-290-8900 (TTY: 711). | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del plan. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> . | Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> . |

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|--|
| Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará. |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en kp.org/wa/7formulary2024 | Medicamentos genéricos preferidos | Al por menor: 40% de <u>coseguro</u> para 30 días; orden por correo: 35% de <u>coseguro</u> para 30 días | No está cubierto | Hasta un suministro de 90 días al por menor y orden por correo. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos . |
| | Medicamentos de marca preferidos | Al por menor: 40% de <u>coseguro</u> para 30 días; orden por correo: 35% de <u>coseguro</u> para 30 días | No está cubierto | Hasta un suministro de 90 días al por menor y orden por correo. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos . |
| | Medicamentos genéricos y de marca no preferidos | Al por menor: 50% de <u>coseguro</u> para 30 días; orden por correo: 45% de <u>coseguro</u> para 30 días | No está cubierto | Hasta un suministro de 90 días al por menor y orden por correo. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos . |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | 50% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días (al por menor) |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | 40% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas si recibe servicios de un <u>proveedor fuera del plan</u> . Se limita únicamente a emergencias iniciales. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 40% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Atención de urgencia</u> | 40% de <u>coseguro</u> | 40% de <u>coseguro</u> | Los <u>proveedores fuera del plan</u> no están cubiertos dentro del área de servicio. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> . |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|---|
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> . |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía). |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los costos compartidos de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre. |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Debe notificar a Kaiser Permanente dentro de las 24 horas de la admisión o tan pronto como sea médicamente posible. Los costos compartidos de los servicios para recién nacidos están separados de los de la madre. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|---|---|
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Límite de 130 consultas por año. No está cubierto sin <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Paciente hospitalizado: Límite de 30 días por año. No está cubierto sin <u>autorización previa</u> para pacientes hospitalizados. Paciente ambulatorio: Límite de 25 consultas por año. Los servicios por diagnósticos de salud mental no están sujetos a límites de consultas. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Paciente hospitalizado: Límite de 30 días por año. No está cubierto sin <u>autorización previa</u> para pacientes hospitalizados. Paciente ambulatorio: Límite de 25 consultas por año. Los servicios por diagnósticos de salud mental no están sujetos a límites de consultas. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Límite de 60 días por año. No está cubierto sin <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 40% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo | No está cubierto | No está cubierto sin <u>autorización previa</u> . La atención de relevo para pacientes hospitalizados o ambulatorios está limitada a un máximo de 14 días en total durante toda la vida. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Limitado a un examen cada 12 meses |
| | Anteojos para niños | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Limitado a un par de armazones y lentes, o lentes de contacto cada 12 meses. |
| | Control dental para niños | No está cubierto | No está cubierto | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| | | |
|---|---|---|
| Servicios que su <u>Plan</u> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>). | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía bariátrica ● Cirugía estética ● Atención dental (adultos y niños) | <ul style="list-style-type: none"> ● Audífonos ● Tratamiento para la infertilidad ● Cuidados a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> ● Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. ● Enfermería privada ● Programas para perder peso |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan). | | |
| ● Aborto | ● Atención quiropráctica (10 visitas por año) | ● Cuidado de los pies de rutina |
| ● Acupuntura (12 visitas por año) | ● Cuidado de los ojos de rutina (adultos) | |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

| | |
|--|---|
| Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente | 1-800-290-8900 (TTY: 711) o https://wa.kaiserpermanente.org/html/public/member-services |
| Oficina del Comisionado de Seguros | 1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov |

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas](#) del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas](#) del [plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a 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](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

| Peg va a tener un bebé (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 condición bien controlada) | | Fractura simple de Mia (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento) | |
|---|-----------------|--|----------------|---|----------------|
| ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$6,050 | ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$6,050 | ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> | \$6,050 |
| ■ <u>Coseguro</u> para el <u>especialista</u> | 40% | ■ <u>Coseguro</u> para el <u>especialista</u> | 40% | ■ <u>Coseguro</u> para el <u>especialista</u> | 40% |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 40% | ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 40% | ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 40% |
| ■ Otro <u>coseguro</u> (análisis de sangre) | 40% | ■ Otro <u>coseguro</u> (análisis de sangre) | 40% | ■ Otro <u>coseguro</u> (radiografía) | 40% |
| Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio del <u>especialista</u> (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Consulta con un <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>) | | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del <u>médico de atención primaria</u> (<i>incluye la educación sobre enfermedades</i>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>análisis de sangre</i>) <u>Medicamentos con receta médica</u> <u>Equipo médico duradero</u> (<i>glucómetro</i>) | | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> (<i>incluye suministros médicos</i>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>radiografías</i>) <u>Equipo médico duradero</u> (<i>muletas</i>) <u>Servicios de rehabilitación</u> (<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> | |
| <u>Deducibles</u> | \$6,050 | <u>Deducibles</u> | \$4,700 | <u>Deducibles</u> | \$2,800 |
| <u>Copagos</u> | \$0 | <u>Copagos</u> | \$0 | <u>Copagos</u> | \$0 |
| <u>Coseguro</u> | \$1,200 | <u>Coseguro</u> | \$200 | <u>Coseguro</u> | \$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 | \$20 | Límites o exclusiones | \$0 | Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es** | \$7,270 | El total que Joe pagaría es | \$4,900 | El total que Mia pagaría es | \$2,800 |

** Nota: El monto que paga el paciente se restringe al límite de gastos de bolsillo del plan. Es posible que los montos totales no coincidan debido a que se redondean.

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Notice of Nondiscrimination

Kaiser Foundation Health Plan of Washington and Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) comply with applicable Federal and Washington state civil rights laws and do not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, gender identity, or any other basis protected by applicable federal, state, or local law. We also:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
 - Assistive devices (magnifiers, Pocket Talkers, and other aids)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Member Services at **1-888-901-4636** (TTY 711).

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator by writing to P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A3S-03, Seattle, WA 98124-5191 or calling Member Services at the number listed above. You can file a grievance by mail, phone, or online at kp.org/wa/feedback. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with:

- The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. 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)
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at **800-562-6900**, **360-586-0241** (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>

Multi-language Interpreter Services

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 711)**.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene disponibles servicios de ayuda con el idioma sin cargo. Llame al **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

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 711)**。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị có thể sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí của chúng tôi. Xin gọi số **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

한국어(Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 제공해 드립니다. **1-888-901-4636 (TTY 711)** 번으로 문의하십시오.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по номеру **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

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 711)**.

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте за номером **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

ភាសាខ្មែរ (Khmer): សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃគឺ មានសម្រាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-901-4636 (TTY 711)** ។

日本語 (Japanese): 注意事項: 無料の日本語での言語サポートをご利用いただけます。 **1-888-901-4636 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

አማርኛ (Amharic): ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገዛ አገልግሎት፣ በነጻ ለእርስዎ ይቀርባሉ። ወደ **1-888-901-4636 (TTY 711)** ይደውሉ።

Oromiffa (Oromo): XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. **1-888-901-4636 (TTY 711)** irraatti bilbilaa.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-901-4636 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic): انتباه إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً اتصل بالرقم **(TTY 711) 1-888-901-4636** م

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

ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຂາຍ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ແມ່ນຈະມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໂທ **1-888-901-4636 (TTY 711)**.