



事前護理規劃

我的價值觀，我的選擇，我的醫療護理

kp.org/lifecareplan (英文)



所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest提供和承銷。
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232。

目錄

本手冊將會為您說明如何規劃健康護理決定以備您生重病或無法自行表達意願時使用。

醫護事宜預立醫囑	3
第1部分：做出自己的健康護理選擇	4
與器官捐贈有關的決定	5
第2部分：選擇您的健康護理代理人（健康護理持久授權委託書）	6
第3部分：擬定醫護事宜醫囑（生前遺囑）	7
第4部分：分享您的預立醫囑表格	7
第5部分：資源	8
 健康護理持久授權委託書	 附錄1.1
醫護事宜醫囑（生前遺囑）	附錄2.1

醫護事宜預立醫囑

任何人在任何年齡都可能罹患重病或發生事故。做好事前護理規劃可以幫助您記錄與您健康護理有關的決定，以備您因生病或受傷而無法自行表達意願時使用。

準備醫護事宜預立醫囑是確保您的家人、朋友與保健業者瞭解您健康護理選擇的最佳方式之一。醫護事宜預立醫囑包括以下表格：

- 健康護理持久授權委託書
- 醫護事宜醫囑（生前遺囑）
- 器官捐贈卡

本手冊中的資訊與表格可幫助您考慮您的選擇和準備您的預立醫囑。您可以填寫所有表格，或僅填寫您想要填寫的部分。如果您有任何疑問，請諮詢您的保健業者、社工、家人或朋友。

本手冊包含以下資訊：

第1部分：做出自己的健康護理選擇

開始規劃時，先瞭解您可能會面臨的健康護理決定，並瞭解自己的想法與感受。事先做好規劃可以幫助您的保健業者、家人或其他人瞭解在您無法自行表達意願時，您希望接受的治療或符合您最佳利益的治療方式。

第2部分：選擇健康護理代理人

當您選擇健康護理代理人時，您即授予該人士健康護理持久授權委託書。這表示您選擇作為您健康護理代理人的人士有權在您無法自行作出醫療決定時，為您作出醫療決定。簽署健康護理持久授權委託書並不會剝奪您自己作決定的能力，除非您無法自行表達意願。

第3部分：擬定醫護事宜醫囑（生前遺囑）

當您擬定醫護事宜醫囑（也稱為生前遺囑）時，您是在選擇在您罹患末期疾病或永久失去意識時希望接受的治療。您的生前遺囑將可以讓他人知道，您希望自然死亡，而非接受以人工方式延長死亡過程的治療。此表格也可以讓其他人知道您是否希望接受人工營養和水分補充。

第4部分：分享您的預立醫囑表格

填寫完您希望填寫的表格後，請與您的保健業者、家人和朋友分享這些資訊。提供一份複本給保健業者，以及您發生任何事情時需要知道此資訊的人。隨身攜帶表格正本，並寄送複本給Kaiser Permanente。

第5部分：資源

您將可找到可幫助您準備預立醫囑表格的其他資源。

第1部分：做出自己的健康護理選擇

以下確認清單可幫助您考慮在發生重病或事故時，您希望接受的治療。在檢閱完確認清單後，請填寫並簽署本手冊中的2份表格：「Durable Power of Attorney for Health Care」（健康護理持久授權委託書）和「Health Care Directive (Living Will)」（醫護事宜醫囑 [生前遺囑]）。

想想是什麼讓您覺得值得活下去。請在您最同意的陳述旁邊標記「X」：

只有當我還能做以下這些事情的時候才值得活下去：

- 與家人或朋友交談
- 從昏迷中醒來
- 自己進食、洗澡和照顧自己
- 生活沒有病痛
- 無需連接機器維生

無論我病得多嚴重，我都值得活下去。

- 是
- 否

臨終時，對我來說重要的事情是：

- 待在家中
- 待在醫院

宗教或精神信仰對我來說很重要。

- 是
- 否

我希望我的保健業者瞭解下列與我宗教或精神信仰有關的資訊：

維生治療是可以幫助您延長壽命的醫療護理。維生治療可能包括手術、藥物或以下任何一項：

- | | | |
|--|---|--|
| ▪ 輸血
— 輸血是用於補充可能因手術、受傷或疾病而流失的血液。 | ▪ CPR（心肺復甦術）
CPR可能包括：
— 用力按壓胸部以保持血液流動。
— 以電擊讓心臟恢復跳動。
— 將藥物注入靜脈。 | ▪ 洗腎
— 如果您的腎臟停止運作，洗腎會使用機器來清潔您的血液。 |
| ▪ 呼吸器或呼吸機
— 此類機器會將空氣泵入您的肺部，並在您無法自己呼吸時幫助您呼吸。 | | ▪ 餵食管
— 如果您無法吞嚥，會將餵食管從喉嚨插入胃中，以對您進行餵食。 |

請在您最同意的陳述旁邊標記「X」：

如果我病重且可能即將死亡：

- 嘗試保健業者認為可能有幫助的所有維生治療。如果治療沒有效用，而且好轉的希望渺茫，我仍想繼續使用維生機器。
- 嘗試保健業者認為可能有幫助的所有維生治療。如果治療沒有效用，而且好轉的希望渺茫，我不想繼續使用維生機器。
- 嘗試下列保健業者認為可能有幫助的任何或所有維生治療：
 - CPR
 - 呼吸器或呼吸機
 - 洗腎
 - 餵食管
 - 輸血
 - 藥物
 - 其他治療：_____
- 我不想接受任何維生治療
- 我希望我的健康護理代理人替我作決定

與器官捐贈有關的決定

捐贈器官可以救人一命。器官和組織（包括眼睛、腎臟、心臟、心臟瓣膜、肝臟、骨骼、肺臟和皮膚）可以被其他人使用，這些人可能需要這些器官和組織來維持生命。器官和組織也可用於研究目的。

請在您最同意的陳述旁邊標記「X」：

- 我想捐贈器官。

您想捐贈哪些器官？

- 任何器官
- 僅有下列器官：

- 我不想捐贈器官
- 我希望我的健康護理代理人作決定

如果您生病或受傷而且無法自己表達意見，對於您希望獲得的健康護理，是否還有您保健業者、家人或其他人需要瞭解的任何其他資訊？

如果您想捐贈器官，您應簽署器官捐贈卡。

簽署器官捐贈卡有兩種方式：

- 致電LifeCenter Northwest免費電話1-877-275-5269並索取器官捐贈卡。
- 在您申請駕照、學習駕照或州身分證時，請告知發照部門 (Department of Licensing, DOL) 您想成為器官捐贈者。

第2部分：選擇您的健康護理代理人（健康護理持久授權委託書）

您的健康護理代理人是您選擇在您無法自行作決定時，為您作醫療決定的人。您授權此人士與您的保健業者就您的醫護事宜作決定。

我可以選擇誰擔任我的健康護理代理人？

您可以選擇任何符合以下條件的家人或朋友：

- 至少年滿18歲
- 在您需要時能夠隨時提供幫助
- 是您信任會以您的最佳利益為考量的人
- 能告知醫生您已作出的健康護理決定

您**不能**選擇您的保健業者或在您醫院、療養院、生活輔助設施或診所工作的任何人作為您的健康護理代理人，除非該人士是您的家人。

如果我沒有選擇健康護理代理人將會怎樣？

如果您自己無法作出醫療決定並且沒有選擇健康護理代理人，華盛頓州法律規定您的醫生必須按下列順序徵得以下各類人士的同意：

- 法院指定的法定監護人（如果有的話）
- 健康護理持久授權委託書上指定的人士（如果有的話）
- 配偶或在華盛頓州註冊的同居伴侶
- 患者的成年子女（必須全部同意）
- 患者的父母（必須全部同意）
- 患者的成年兄弟姐妹（必須全部同意）
- 患者的成年孫子女（必須全部同意）
- 患者的成年侄女和侄子（必須全部同意）
- 患者的成年叔伯與姑姨（必須全部同意）
- 任何符合《華盛頓修正條例》(Revised Code of Washington, RCW) 第7.70.065節中所列標準的成年人

我的健康護理代理人可以作出哪些類型的決定？

您的健康護理代理人可以作出與下列事項有關的決定：

- 您可能會使用的藥物或接受的檢測
- 您過世後的器官處置方式
- 遵循您保健業者和社工的建議
- 您將入住的醫院或診所
- 您可接受或可不接受的維生治療，包括：
 - CPR
 - 餵食管
 - 呼吸器或呼吸機
 - 輸血
 - 洗腎
 - 藥物
 - 其他治療

我如何使我的決定具有正式效力？

在您選好健康護理代理人後，請填寫並簽署本手冊**附錄1**中的健康護理持久授權委託書。**第4部分：分享您的預立醫囑表格**有填寫完整表格的說明。

我是否需要對表格進行公證？

華盛頓州居民必須在健康護理持久授權委託書 (Durable Power of Attorney, DPOA) 表格上簽名，並由 2 人見證或由公證人確認。

請參閱**附錄1** DPOA表格中所包含的見證要求。

第3部分：擬定醫護事宜醫囑（生前遺囑）

除了與您的保健業者、家人和朋友討論之外，您還應該以書面形式表達您的意願。您可以使用的文件之一是生前遺囑，也稱為醫護事宜醫囑或生前醫療意願書。

生前遺囑是一份給醫生和家人的指示，表明當一個人患有末期疾病或發生使其永久失去意識的疾病／傷害時，該人拒絕接受維生醫學治療的決定。該醫囑可讓醫生暫停或停止維生治療。您仍可獲得舒適護理。

華盛頓州的自然死亡法規定了設立生前遺囑的權利。

若要完成醫護事宜醫囑（生前遺囑），請填寫本手冊附錄2中的表格。第4部分：分享您的預立醫囑表格有填寫完整表格的說明。

我是否需要對表格進行公證？

華盛頓州居民必須在醫護事宜醫囑（生前遺囑）上簽名，並由 2 人見證或由公證人確認。

請參閱附錄2中的醫護事宜醫囑（生前遺囑）表格中所包含的見證要求。

第4部分：分享您的預立醫囑表格

醫護事宜醫囑（生前遺囑）和健康護理持久授權委託書表格在填寫完整並經適當簽名或公證後，即屬法律文件。

請保留文件正本以作記錄。請影印複本提供給可能會被要求代您作決定的家人或其他人，包括您的健康護理代理人 and 您的私人律師。

此外，您必須確保這些表格有納入您的 Kaiser Permanente 醫療記錄中。若要進行確認，您可以：

- 郵寄 (1) 份各表格的複本至：

Kaiser Permanente Medical Records —
Advance Directive
500 NE Multnomah St.
Floor 11
Portland, OR 97232

或

- 寄送電子郵件至：nw-med-rec@kp.org，
傳真至：**1-866-248-9695**，或透過kp.org
（英文）提交 — 請前往醫療記錄部分並選擇事前護理規劃圖示。

或

- 將複本交給您的醫護團隊。

在將表格納入您的醫療記錄後，Kaiser Permanente 的醫生就可以 24 小時隨時取得表格。

作出未包含在表格中的選擇

如果您想作出未包含在表格中的健康護理選擇：

- 在一張紙上寫下您的選擇
- 將這些文件與您的其他預立醫囑表格存放在一起
- 與為您提供醫療護理的人士分享您的選擇

修改或更新您的表格

如果您想變更您的預立醫囑，請先告知為您提供醫療護理的人士。然後，在您變更表格內容後，請將表格複本分發給您的健康護理代理人、家人和親人以及 Kaiser Permanente，就像您首次完成表格一樣。要求銷毀先前的版本。

第5部分：準備預立醫囑表格時可能有幫助的資源

Kaiser Permanente Northwest 「事前護理規劃」(Life Care Planning) 課程

1-866-301-3866（免費電話）

提供2小時與預立醫囑有關的免費座談會。

華盛頓州醫學會

206-441-9762（西雅圖地區）

1-800-552-0612

提供健康護理持久授權委託書和醫護事宜醫囑（生前遺囑）表格。

LifeCenter Northwest

1-877-275-5269

lcnw.org

提供與捐贈器官和組織有關的資訊。

華盛頓州律師協會 律師轉介

1-800-945-9722

可以提供您所在地區最近的律師轉介服務電話號碼。

華盛頓州社會與健康服務部

dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning

提供有關預立醫囑的資訊和資源。

健康護理持久授權委託書

這份預立醫囑（即健康護理持久授權委託書）可讓您指定一名人士在您無法自己作健康護理決定時代您作決定。此人是您的健康護理代理人。此表格符合華盛頓州法律的規定。

我的資訊：

全名：_____ 醫療記錄號碼：_____
出生日期：____ / ____ / ____
(月/日/年)

我的健康護理代理人

我指定擔任我健康護理代理人的人是：

全名：_____ 出生日期：____ / ____ / ____
地址、城市、州、郵遞區號：_____ 電話：_____

如果上列人士無法或不願擔任您的健康護理代理人，或者在經過合理努力後無法與其取得聯繫，則我將這些權力授予下列下一位符合資格的健康護理代理人：

第一替補人選

全名：_____ 出生日期：____ / ____ / ____
地址、城市、州、郵遞區號：_____ 電話：_____

第二替補人選

全名：_____ 出生日期：____ / ____ / ____
地址、城市、州、郵遞區號：_____ 電話：_____

授權健康護理代理人

健康護理代理人一般權限與權力聲明：當本人無法自己作決定時，本人的健康護理代理人獲得具體授權，可同意進行健康護理治療。本人的健康護理代理人有權執行本人關於維生治療的意願，例如餵食管、CPR、呼吸器和洗腎。其中包括同意開始、繼續或停止醫學治療。本文件授權您指定的健康護理代理人代您作健康護理決定，且僅有在您於資訊充足的情況下喪失為自己作健康護理決定的能力時才具有效力。只要您尚有能力和在資訊充足的情況下為自己作健康護理決定，您便有權作出所有醫療和其他健康護理決定。您可將您的醫學治療意願隨附在本表格中。如果您願意，您可以在本文件中對健康護理代理人作健康護理決定的權力加註具體的限制。

本人證明以下內容：本人瞭解此份健康護理持久授權委託書 (Durable Power of Attorney for Health Care, DPOA-HC) 的重要性與意義。此表格反映了本人對健康護理代理人的選擇。本人是自願填寫此表格。本人神智清楚。本人瞭解，本人可隨時改變心意。本人瞭解本人可以隨時替換此表格，此舉會撤銷任何先前的DPOA-HC。如果醫生或本人所選擇的委託人確定本人沒有能力自己作健康護理決定，本人希望此DPOA-HC生效。只要本人持續沒有行為能力，這份預立醫囑就持續保有效力。

全名：

醫療記錄號碼：

出生日期： / /

兩名見證人或公證人必須看著本人簽署此表格，表格才具備法律效力。

我的簽名：

日期：

見證人或公證人要求

若沒有見證人簽名或公證，此表格便不具有法律效力。

選項1：兩名見證人

見證人要求：

- 必須至少年滿18歲且具備行為能力。
- 不得與您或您的健康護理代理人有親屬關係（血緣關係、姻親關係或州註冊同居伴侶關係）。
- 不得是您的居家護理保健業者或您居住之成人家庭護理設施或長期護理設施的醫療護理保健業者。

見證人證明：本人聲明本人符合擔任見證人的規定。

見證人#1 簽名：

日期：

正楷姓名：

見證人#2 簽名：

日期：

正楷姓名：

選項2：公證

華盛頓州

)

)

)

縣

此記錄於後述日期在本人面前獲得確認

確認人（該人士姓名）：

簽名：

職稱：

到期日期：

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

此具有法律效力的表格僅是多個公開版本中的其中一個版本。此表格旨不在作為法律建議。
如有疑問或需要協助，請諮詢您的法律顧問。(08-2021)

全名： 醫療記錄號碼：

醫護事宜醫囑擬定日期是_____年_____月_____日。
(年份)

本人 _____ 在心智健全的情況下，出於自願表明本人不希望在下述情況下以人工方式延後本人的死亡時間，並特此聲明：

- (A) 若本人於任何時間罹患無法治癒且不可逆轉的病症，並經主治醫生證實為末期病症，且使用維生治療僅能以人工方式延長死亡過程，本人指示停止或撤除該等治療，並允許本人自然死亡。本人瞭解，「末期病症」係指由傷害、疾病或病況所引起，無法治癒且不可逆轉的狀況，依據公認的醫療標準及合理的醫療判斷，將在合理期間內導致死亡。
- (B) 若本人陷入不可逆的昏迷狀態、持續性植物人狀態或其他永久性無意識狀態，且上述狀態經兩位醫生證實，同時這些醫生認為本人無合理恢復的可能時，本人指示停止或撤除維生治療。
- (C) 若本人被診斷為處於末期或永久性無意識狀態，[請選擇一項]
- _____ 我想要以人工方式補充營養和水份。
- _____ 我不想要以人工方式補充營養和水份。
- 我瞭解在某些情況下，以人工方式補充營養和水份屬於一種維生治療。我要求所有為我提供醫療護理的保健業者遵循此醫護事宜醫囑。
- (D) 在本人無法指示是否要使用該等維生診療程序的情況下，本人希望本人的家人、醫生和其他保健業者遵循此醫護事宜醫囑，作為本人行使拒絕接受醫學或外科治療之基本權利的最終表達，同時本人所指定代本人作這些決定的任何人士（不論是經由持久授權委託書或其他方式指定）也應遵循此醫護事宜醫囑。本人接受拒絕治療的後果。
- (E) 如果本人被診斷出懷孕，且本人的醫生知道該診斷結果，則此醫護事宜醫囑在本人懷孕的期間將不具有效力或影響。
- (F) 本人瞭解此醫護事宜醫囑的完整意涵，並且在情感及心理層面具備擬定此醫囑的能力。本人也瞭解，本人可以隨時修改或撤銷此醫護事宜醫囑。
- (G) 本人針對本人的醫療護理提出以下額外指示：

附錄2.1

醫療記錄號碼：

■ 兩名見證人或公證人必須看著本人簽署此表格，表格才具備法律效力。

日期：

若沒有見證人簽名或公證，此表格便不具有法律效力。

見證人要求：

- 必須至少年滿18歲且具備行為能力。
- 不得與您或您的健康護理代理人有親屬關係（血緣關係、姻親關係或州註冊同居伴侶關係）。
- 不得是您的居家護理保健業者或您居住之成人家庭護理設施或長期護理設施的醫療護理保健業者。
- 不得是在簽署醫護事宜醫囑時於聲明人去世後對聲明人遺產的任何部分有權利主張的任何人。

見證人證明：本人聲明本人符合擔任見證人的規定。

日期：

日期：

正楷姓名：

華盛頓州

)

)

)

縣

此記錄於後述日期在本人面前獲得確認

確認人（該人士姓名）：

到期日期：

此具有法律效力的表格僅是多個公開版本中的其中一個版本。此表格旨在作為法律建議。
如有疑問或需要協助，請諮詢您的法律顧問。(08-2021)

反歧視聲明

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) 遵守適用的聯邦和州民權法，不會基於人種、膚色、原國籍（包括有限的英語能力）、年齡、殘障或性別（包括性別特徵、雙性特質、懷孕或相關狀況、性取向、性別認同及性別刻板印象）而歧視、排擠他人或對人有差別待遇。

Kaiser Health Plan：

- 為殘障人士提供合理的調整以及適當的免費輔助工具和服務以便其可以有效地與我們溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊，例如大字版、語音版、盲文版及通用電子格式
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 其他語言版本的書面資訊

如果您需要上述服務，請致電**1-800-813-2000**（聽障及語障電話專線：**711**）與會員服務部聯絡。

如果您認為Kaiser Health Plan未能提供上述服務，或是基於人種、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性別認同或性取向而以其他方式歧視您，您可透過郵件、電話或傳真向民權事務協調員提出申訴。如果您需要幫助提出申訴，我們的民權事務協調員可以為您提供幫助。您可以使用以下聯絡資訊與民權事務協調員聯絡：

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
傳真：**1-855-347-7239**

您也可以透過民權辦公室投訴入口網站以電子方式向美國衛生與民眾服務部的民權辦公室提出投訴，網址為<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者使用郵件或電話提出投訴：

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

投訴表可在www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html網站取得。

對於華盛頓州的會員：

您還可以向華盛頓州保險監理委員辦公室提出投訴，請透過保險監理委員會辦公室投訴入口網站<https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>以電子方式提出投訴，或致電**1-800-562-6900**或**360-586-0241** (TDD)。投訴表可在<https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>網站取得。

Help in Your Language

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: 711).

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

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة المجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: 711).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電**1-800-813-2000** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY: تلفن متنی: 711).

Français (French) ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

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

日本語 (Japanese) 注意 : 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000**までお電話ください (TTY: 711)。

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

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

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

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

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

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

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

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

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

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).



©2025 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest