

# Formulario de Cambios en la Cuenta

## Colorado

### Instrucciones

- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Conteste la sección A con su información personal. Después, en la sección B, elija qué cambios desea hacer y siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Solo el suscriptor, padre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- Si agregará a un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que tenga el dependiente no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Si un familiar tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

### A. Llene el formulario con su información

Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

|                      |                            |  |
|----------------------|----------------------------|--|
| Nombre               | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)                                   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

Apellido

|   |   |  |
|---|---|--|
| Número de historia clínica (si corresponde) | Sexo:   | Número de seguro social (si corresponde)                           |
| <input type="text"/>                        | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |

Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

|                      |                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| Estado               | Código postal        | Condado              | Teléfono (teléfono celular si está disponible)                     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |

Dirección de facturación  Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa.

Ciudad

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Estado               | Código postal        |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dirección de correo electrónico

**Solicitantes mayores de 21 años:** ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente.  Sí  No

## B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las siguientes casillas de los cambios que desea hacer y, en la página siguiente, incluya a todos los familiares afectados. No haremos ningún cambio para ningún familiar que no se mencione en la lista.

**Puede hacer los siguientes cambios durante la inscripción abierta o un período de inscripción especial.**

(Se aplican restricciones para períodos de inscripción especial. Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) para obtener más información).

- Quiero cambiar de plan.  Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos por una cuenta familiar de la que yo sea el suscriptor.
- Deseo añadir cobertura médica para un familiar.

### Combinar cuentas

**Las cuentas se pueden combinar durante el período de inscripción abierta o un período de inscripción especial.**

- Quiero agregar a mi cuenta a familiares que ya tienen un plan de Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará el plan existente. (En la sección C indique qué familiares se pasarán a su cuenta).

### Cancelación de cuenta

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica del suscriptor para la cancelación de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Suscriptor o padre/tutor legal para la cancelación de la cuenta

**Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año.** (Nota: Para estos cambios, puede omitir las secciones D y E).

- Quiero cancelar la cobertura médica de un familiar.  Quiero hacer los cambios que se muestran en la sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).
- Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos.  Alguien de mi cuenta dejó de consumir tabaco. (Indique el familiar en la sección C).
- Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge/pareja de unión civil y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos.

Fecha de vigencia solicitada (no garantizada)

## C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

### Cónyuge o pareja de unión civil

- Agregar cobertura médica  Finalizar cobertura médica

- Cambio de nombre

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

- Cónyuge  
 Pareja de unión civil

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo:

- Hombre  Mujer  Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Número de historia clínica (si corresponde)

**Solicitantes mayores de 21 años:** ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente.  Sí  No



## D. Elija su período de inscripción

Seleccione una opción:  Inscripción abierta (**vaya a la sección E**)  Un período de inscripción especial (siga con esta sección)

Elija su evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual). Si tuvo más de uno, revise sus opciones debido a que las fechas de vigencia pueden variar según el evento. **También se requiere un comprobante de elegibilidad en un plazo de 30 días calendario.**

Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) o llame al **1-800-255-5169** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura médica mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*   | <input type="checkbox"/> Traslado permanente con acceso a nuevos planes  |
| <input type="checkbox"/> Agregar a un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o la unión civil  | <input type="checkbox"/> Determinación del comisionado del Departamento de Seguros de circunstancias excepcionales   |
| <input type="checkbox"/> Agregar a un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza<br><b>Nota:</b> En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:<br><input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza<br><input type="checkbox"/> El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted | <input type="checkbox"/> Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA) |
| <input type="checkbox"/> Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal   | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar  |
| <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor o de un dependiente  | <input type="checkbox"/> Interrupción de la contribución del empleador a la prima de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)   |
| <input type="checkbox"/> Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente<br><b>Nota:</b> En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:<br><input type="checkbox"/> La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente<br><input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la orden del tribunal   | <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura médica a corto plazo  |
|   | <input type="checkbox"/> Salida de la cárcel   |
|   | <input type="checkbox"/> Cambio en los ingresos que modifica la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal por medio de Connect for Health Colorado   |
|   | <input type="checkbox"/> Determinación de Connect for Health Colorado de circunstancias excepcionales  |
|   | <input type="checkbox"/> Violación del contrato  |

Escriba la fecha de su evento calificado de vida.  /  /  (mm/dd/aaaa)

\*Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de Kaiser Permanente, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió su cobertura.

## E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o añadir cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. La elección del plan de salud se basa en su condado y código postal. Vea la lista de condados y códigos postales a continuación para saber qué plan de salud está disponible para usted. Todos los familiares que incluyó en la sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, envíe un formulario para cada plan por separado. Su condado y código postal podrían aparecer varias veces.

### Todos los códigos postales en los condados de Broomfield, Denver, Douglas, Gilpin, Jefferson y Teller

| Condado     | Código postal  | Condado | Código postal   |
|-------------|--|---------|---|
| Adams       | Todos los códigos postales excepto 80103, 80105, 80136, 80654, 80701 | Fremont | Disponible en 80926   |
| Arapahoe    | Todos los códigos postales excepto 80103, 80105, 80136               | Larimer | Disponible en 80503, 80504, 80510, 80540                                    |
| Boulder     | Todos los códigos postales excepto 80513                             | Lincoln | Disponible en 80832, 80833  |
| Clear Creek | Disponible en 80436, 80439, 80444, 80452                             | Park    | Disponible en 80421, 80470, 80816, 80820, 80827                             |
| El Paso     | Todos los códigos postales excepto 80835, 81008                      | Pueblo  | Disponible en 80817   |
| Elbert      | Todos los códigos postales excepto 80101, 80105, 80828, 80830, 80835 | Weld    | Disponible en 80504, 80514, 80516, 80520, 80530, 80603, 80621, 80642, 80643 |

### Planes disponibles:

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/50          | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 2200/25 X          | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 0/20 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/35%/HSA     | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 4500/30 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 1500/20       |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 7000/50 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 3700/20%/HSA X     | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 2000/20       |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 8500/50          | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 5000/25 X          | <input type="checkbox"/> KP Select Colorado Option Gold  |
| <input type="checkbox"/> KP Select Colorado Option Bronze     | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 6000/30 X          |  |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Catastrophic*           | <input type="checkbox"/> KP Select Colorado Option Silver X     |  |

### Todos los códigos postales en los condados de Boulder, Broomfield, Denver, Gilpin, Jefferson, Larimer y Weld

| Condado     | Código postal   | Condado    | Código postal                                   |
|-------------|---|------------|---|
| Adams       | Todos los códigos postales excepto 80103, 80105, 80136, 80701 | Fremont    | Todos los códigos postales excepto 80926, 81201 |
| Arapahoe    | Todos los códigos postales excepto 80103, 80105, 80136        | Huerfano   | Disponible en 81069                             |
| Clear Creek | Disponible en 80436, 80439, 80444, 80452                      | Las Animas | Disponible en 81039                             |
| Crowley     | Disponible en 81039, 81062, 81069                             | Morgan     | Disponible en 80649, 80654, 80742               |
| Custer      | Disponible en 81069, 81253                                    | Otero      | Disponible en 81039                             |
| Douglas     | Todos los códigos postales excepto 80106, 80118               | Park       | Disponible en 80421, 80470                      |
| El Paso     | Disponible en 81008   | Pueblo     | Todos los códigos postales excepto 80817        |
| Elbert      | Disponible en 80102, 80107, 80117, 80134, 80138               | Teller     | Disponible en 80135                             |

### Planes disponibles:

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/50          | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 2200/25 X          | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 0/20 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/35%/HSA     | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 4500/30 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 1500/20       |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 7000/50 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 3700/20%/HSA X     | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 2000/20       |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 8500/50          | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 5000/25 X          |   |
| <input type="checkbox"/> KP CO Catastrophic*           | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 6000/30 X          |   |

\*Vea información importante en la siguiente página.

La lista continúa en la página siguiente

## E. Elija su plan de salud *Continuación*

| Condado  | Código postal                                   | Condado    | Código postal  |
|----------|---|------------|--|
| Adams    | Disponible en 80654                             | Larimer    | Todos los códigos postales excepto 80503, 80504, 80510, 80540                                    |
| Boulder  | Disponible en 80513                             | Las Animas | Disponible en 81039  |
| Crowley  | Disponible en 81039, 81062, 81069               | Morgan     | Disponible en 80649, 80654, 80742  |
| Custer   | Disponible en 81069, 81253                      | Otero      | Disponible en 81039  |
| El Paso  | Disponible en 81008                             | Pueblo     | Todos los códigos postales excepto 80817   |
| Fremont  | Todos los códigos postales excepto 80926, 81201 | Weld       | Todos los códigos postales excepto 80504, 80514, 80516, 80520, 80530, 80603, 80621, 80642, 80643 |
| Huerfano | Disponible en 81069                             |            |  |

### Planes disponibles:

KP Colorado Option Bronze

KP Colorado Option Silver X

KP Colorado Option Gold

### \*Para solicitantes menores de 30 años o con exenciones por dificultades económicas

Los planes Catastrophic están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de vigencia o que presenten un certificado de exención que demuestre sus dificultades económicas o la falta de cobertura asequible. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si es mayor de 30 años.** Para saber si califica, visite [cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/](http://cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/) y siga las instrucciones.

El plan Kaiser Permanente Catastrophic no incluye beneficios dentales pediátricos. Si está solicitando este plan y tiene hijos menores de 19 años que tendrán la cobertura de este plan, deberá comprar la cobertura dental pediátrica por separado.

No tengo hijos menores de 19 años que estarán cubiertos por este plan.

Por la presente certifico que tengo o compraré la cobertura de beneficios de salud esenciales (essential health benefit, EHB) dentales pediátricos.

X

Firma del solicitante

Para obtener información sobre los beneficios y las limitaciones de salud y dentales, los montos de los costos compartidos y las primas, consulte los detalles en su material de inscripción. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía (Membership Agreement)* de un plan en particular, visite [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments) (en inglés), llame al **1-800-632-9700**, o comuníquese con su corredor.

## F. Firme el formulario

- Si un corredor le ayudó con este cambio de cuenta o plan, al firmar a continuación, usted otorga su permiso a ese corredor para actuar en su nombre en relación con este cambio de cuenta o plan.
- Si trabajé con un corredor, entiendo que el corredor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$18 al mes por miembro más un bono potencial. Para obtener más información, visite [kp.org/brokercompensation](http://kp.org/brokercompensation) (en inglés).
- Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, multas, la denegación del seguro e indemnizaciones civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o al demandante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado, una entidad que pertenece al Departamento de Agencias Reguladoras.
- Entiendo que Kaiser Permanente se basará en la información proporcionada en este formulario. Si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Permanente puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario que cambiará de plan o se agregará como dependiente tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir correos electrónicos y comunicaciones por mensajes de Kaiser Permanente.

Nota: El suscriptor que realice un cambio deberá firmar el formulario.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/  /

Suscriptor o nuevo suscriptor (padre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

## Información de contacto

**Por correo a:** Kaiser Permanente  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193

**O por fax a:**  
Administración de  
Membresías al  
**1-855-355-5334**

**¿Tiene alguna pregunta? Llame al  
1-800-632-9700 (TTY 711)**

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247.

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados
  - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247 o al teléfono de Asistencia a los Miembros: **1-800-632-9700** (TTY **711**).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD)**. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

## AYUDA EN SU IDIOMA

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY **711**).

**አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY **711**)።

**العربية (Arabic) ملحوظة:** إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY **711**).

**Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo:** ɔ jũ ké ñ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin ñ gbo kpáa. Đá **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700** (TTY **711**)。



**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700 (TTY 711)** تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.  
Rufnummer: **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Igbo (Igbo) NRUBAMA:** O bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-632-9700 (TTY 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。 **1-800-632-9700 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700 (TTY 711)** 번으로 전화해 주십시오.

**Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíílnih **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्:** तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700 (TTY: 711)** फोन गर्नुहोस् ।

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Tagalog (Tagalog) PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.  
Tumawag sa **1-800-632-9700 (TTY 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 **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

**Yorùbá (Yoruba) AKIYESI:** Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

