





Solicitud de cobertura médica

Planes Individuales y Familiares

 <p>¿Quién puede usar esta solicitud?</p>	<p>Con esta solicitud, usted puede solicitar un plan de Kaiser Foundation Health Plan of Washington (KFHPWA).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si desea obtener cobertura para su familia dentro del mismo plan de KFHPWA, llene una solicitud para la familia. Si un miembro de la familia desea un plan de salud diferente, tendrá que llenar una solicitud por separado. • Para ser elegible para la cobertura de KFHPWA, debe vivir en nuestra área de servicio de Washington: condados de Benton, Columbia, Franklin, Island, King, Kitsap, Lewis, Mason, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla, Whatcom, Whitman y Yakima.
 <p>¿Quién no debe usar esta solicitud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si usted o alguno de los dependientes para los que presenta la solicitud tienen derecho a recibir Medicare Parte A o están inscritos en Medicare Parte B, no podrán solicitar una cobertura nueva de KFHPWA. Visite kp.org/wa/medicare (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar la cobertura de Medicare. • Si califica para obtener asistencia financiera federal y desea ayuda para pagar los copagos, los coseguros, los deducibles o las primas, no llene esta solicitud. Debe solicitar la cobertura a través de Washington Healthplanfinder en wahealthplanfinder.org. • Para hacer cambios en su cuenta de KFHPWA existente, llame al 1-800-290-8900.
 <p>Cosas que debe recordar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si presenta la solicitud durante el período de inscripción abierta, la fecha en la que recibimos su solicitud puede cambiar su fecha de vigencia: por lo general, será el 1 de enero si presenta la solicitud antes del 15 de diciembre. Devuelva esta solicitud lo antes posible; también, puede hacer la solicitud más rápido en línea, en buykp.org/apply (haga clic en "Español"). • Si presenta la solicitud durante un período de inscripción especial, visite kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 para recibir instrucciones. • Responda todas las preguntas y escriba en la computadora o en letra de imprenta usando tinta únicamente. Deje un recuadro vacío entre cada palabra y agregue un guion en el recuadro para los nombres compuestos. • Recuerde que la inscripción en un nuevo plan no cancela automáticamente ninguna otra cobertura que tenga. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura. • Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele, devuelva todas las páginas de la solicitud llenadas, con todas las firmas requeridas y la prueba de su evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) (si es necesario). Envíe estos documentos por correo postal a: <p style="margin-left: 40px;">Kaiser Foundation Health Plan of Washington Membership Administration P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921</p> <p style="margin-left: 40px;">O envíelos por fax de manera segura al: 1-855-355-5334</p>
 <p>¿Necesita ayuda?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al 1-800-494-5314 (TTY 711). • Le brindaremos asistencia en su idioma sin costo. • Si está trabajando con un productor, llámelo para obtener ayuda.

Todos los planes médicos son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Washington, 1300 SW 27th Street, Renton, WA 98057.

La versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.
The English version is the controlling document. The translated version is informational.

PASO 1: Elija su período de inscripción

Seleccione una opción: Inscripción abierta (**vaya al Paso 2**) Un período de inscripción especial (siga con este paso)

Elija su evento calificado de vida. 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 10 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

Pérdida de cobertura de salud mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*

¿Perdió la cobertura con nosotros (KFHPWA) que le proporcionó su empleador?

Sí No

Si es así, tiene 2 opciones para continuar con su cobertura con nosotros.

Cobertura que comienza automáticamente el día después de que finaliza la cobertura de su empleador.

Cobertura que comienza con base en la fecha en la que recibimos su solicitud. Consulte "Pérdida de la cobertura médica esencial mínima" en kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.

Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica

Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza

Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:

La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidado de crianza

El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted

Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente

Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:

La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente

El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal

Traslado permanente con acceso a nuevos planes

Determinación de Washington Healthplanfinder para circunstancias excepcionales

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)

Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar

Interrupción de la contribución del empleador a la prima de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)

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 KFHPWA, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió la cobertura.

PASO 2: Elija su plan de salud

Elija un plan de salud. Si algún familiar va a solicitar un plan de salud diferente, debe presentar un formulario de solicitud por separado para cada plan.

La elección del plan de salud se basa en su condado. Vea la lista de condados a continuación para saber qué plan de salud está disponible para usted.

Disponible en los condados de Benton, Columbia, Franklin, Island, Lewis, Mason, Skagit, Walla Walla, Whatcom, Whitman y Yakima.

Bronze

Bronze HSAX

Flex Bronze

Silver HSA

Flex Silver HD

Flex Gold

Disponible en los condados de King, Kitsap, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston.

Virtual Plus Bronze

Bronze

Bronze HSAX

Flex Bronze

Virtual Plus Silver X

Silver HSA

Flex Silver HD

Flex Gold

Para obtener información sobre los beneficios de salud y las limitaciones, los montos de los costos compartidos y las primas, revise los detalles en sus materiales de inscripción. Para solicitar una copia de la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* de un plan en particular, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llame al **1-800-290-8900**, o comuníquese con su productor.

PASO 3: Elija su plan dental opcional

Puede elegir agregar cobertura dental de Delta Dental de Washington por un cargo mensual adicional. El plan básico para adultos/familiar está disponible para adultos y dependientes menores de 25 años. Para cubrir a los niños únicamente, hay un plan pediátrico disponible para miembros de la familia menores de 18 años. Según la Ley del Cuidado de Salud Asequible, se requiere cobertura dental pediátrica. Si su solicitud incluye a niños de 18 años o menos y no los inscribe en nuestro plan de atención dental pediátrico, nos comunicaremos con usted para enviarle una Declaración de Cobertura Pediátrica con evidencia de otra cobertura dental pediátrica. Para obtener información sobre los beneficios dentales y los costos, revise sus materiales de inscripción.

La cobertura dental es proporcionada por Delta Dental de Washington, 400 Fairview Ave N., Suite 800, Seattle, WA 98109-5371. Para obtener más información, visite deltadentalwa.com/group/kaiserpermanente, llame al **1-800-290-8900** o comuníquese con su productor.

Sí. Deseo inscribirme en un plan de atención dental.

No. No estoy interesado en recibir cobertura dental.

Si lo desea, seleccione su plan de atención dental.

Pediatric Dental n.º 09140

Adult/Family Basic Dental n.º 09145

Solicitante principal

Cónyuge o pareja doméstica que recibirá cobertura

Una pareja doméstica es una persona registrada y reconocida legalmente como su pareja doméstica ante el estado de Washington. Las parejas domésticas registradas en el estado de Washington reciben el mismo trato que un cónyuge.

Nombre

Inicial del segundo nombre Elija una opción:

Cónyuge Pareja doméstica

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre Mujer
 Prefiere no especificar

Número de Seguro Social (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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

Dependientes que recibirán cobertura

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela junto con su solicitud. Los niños dependientes son elegibles para inscribirse hasta la edad de 25 años.

1 Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre Mujer
 Prefiere no especificar

Número de Seguro Social (si corresponde)

Relación con el solicitante principal

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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

2 Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo:

Hombre Mujer
 Prefiere no especificar

Número de Seguro Social (si corresponde)

Relación con el solicitante principal

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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

Solicitante principal

Dependientes que recibirán cobertura

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela junto con su solicitud. Los niños dependientes son elegibles para inscribirse hasta la edad de 25 años.

3 Nombre <input type="text"/> Apellido <input type="text"/>	Inicial del segundo nombre <input type="text"/>	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Número de historia clínica anterior (si corresponde) <input type="text"/>	Estado (si corresponde) <input type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar
Relación con el solicitante principal <input type="text"/>	Número de Seguro Social (si corresponde) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

PASO 5: Elija un representante autorizado (si tiene uno)

Puede autorizar a un amigo o pariente de confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información o para que actúe en su nombre solo en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta persona se conoce como el representante autorizado.

Nombre <input type="text"/>	Inicial del segundo nombre <input type="text"/>
Apellido <input type="text"/>	Teléfono (teléfono celular si corresponde) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Al firmar, usted nombra legalmente a esta persona como su representante autorizado para obtener información oficial sobre esta solicitud y para actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud.

X Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para niños menores de 18 años)

PASO 6: Firme el acuerdo de solicitud.

Importante: El solicitante principal debe leer, firmar y anotar la fecha a continuación. Si el solicitante principal es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal deberá firmar. Al firmar, el padre, la madre o el tutor legal se compromete a pagar todas las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles de todos los solicitantes mencionados en esta solicitud. Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si falta la firma, cancelaremos la solicitud. Para ser elegible para la cobertura de KFHPWA, ni usted ni ninguno de los dependientes por los que presenta la solicitud pueden tener derecho a recibir Medicare Parte A ni estar inscritos en Medicare Parte B.

- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B.
- En caso de haber trabajado con un productor, autorizo a Kaiser Permanente a compartir con ellos la información de inscripción y de cancelación de la afiliación proporcionada en esta solicitud. Entiendo que el productor o representante de Kaiser Permanente puede recibir pagos financieros y no financieros de parte de Kaiser Permanente porque me ayudó con esta solicitud.
- Es un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones van desde la denegación de los beneficios del seguro, hasta multas y encarcelamiento.
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir correos electrónicos y comunicaciones por mensajes de Kaiser Permanente.

X Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal para niños menores de 18 años)

Solicitante principal

PASO 7: Ingrese los datos para el pago del primer mes

Información de pago

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Opciones de pago (elija una) Transferencia electrónica Cheque Giro postal Tarjeta de crédito Tarjeta de débito

Si es transferencia electrónica, seleccione el tipo de cuenta: Cuenta de cheques Cuenta de ahorro

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a que acepten esta transferencia del monto del pago del primer mes de mi cuenta de cheques o cuenta de ahorro después de que KFHP procese mi solicitud.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la cuenta

Si es cheque o giro postal

Escriba el nombre del solicitante principal en el cheque. Envíe el pago por correo postal junto con su solicitud a la dirección que se menciona en la página 1.

Para pagar con tarjeta de crédito o débito, llene la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de la tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Pagos mensuales automáticos (opcional)

Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite kp.org/payonline (en inglés) o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-290-8900.

¿Desea registrarse para hacer pagos mensuales automáticos?

Sí

Deseo registrar un nuevo método de pago. (Llene esta página).
 Utilicen el mismo método de pago que proporcioné para el pago de mi primer mes. (Sáltese esta página).

No, no deseo hacer pagos mensuales automáticos. (Sáltese esta página).

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección de facturación

Ciudad

Estado

Código postal

Opciones de pago automático (elija una) Transferencia electrónica Tarjeta de crédito (no puede usar tarjetas de débito)

Si es transferencia electrónica, seleccione el tipo de cuenta: Cuenta de cheques Cuenta de ahorro

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a aceptar esta transferencia de mi cuenta de cheques o cuenta de ahorro.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la cuenta

Para pagar con tarjeta de crédito, llene la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de la tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Solicitante principal

Para los solicitantes que trabajen con un productor o representante de Kaiser Permanente

Si un productor o un representante de Kaiser Permanente (empleado) le ayudó a decidir en qué plan inscribirse o le ayudó a llenar esta solicitud, asegúrese de que el representante complete esta página.

El productor puede recibir un pago monetario u otra compensación por parte de Kaiser Permanente en relación con su compra de esta cobertura.

Nuestra compensación estándar es de \$216 por miembro por año más un bono potencial. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).

Nota: Las primas son las mismas, independientemente de si utiliza o no los servicios de un productor o de un representante de Kaiser Permanente.

Esta parte debe completarla su productor o representante después de que usted haya llenado la solicitud:

Nombre de la agencia

Número de identificación de la agencia

Productor o representante de Kaiser Permanente (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de identificación asignado por Kaiser Permanente

Número de productor nacional (NPN)

Teléfono (celular si corresponde)

Fax

Dirección de correo electrónico

Ayudé al solicitante a presentar esta solicitud. A mi leal saber y entender, la información incluida en esta solicitud está completa y es precisa. Le expliqué al solicitante, en lenguaje fácil de entender, el riesgo que corre el solicitante si proporciona información inexacta, y el solicitante entendió la explicación.

Sí No

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Productor o representante de Kaiser Permanente

Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of Washington y Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. ("Kaiser Permanente") cumplen las leyes federales y del estado de Washington de derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género ni cualquier otro motivo protegido por las leyes federales, estatales o locales aplicables. Además, nosotros:

- 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 escrita en otros formatos (impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos),
 - dispositivos auxiliares (lupas, amplificadores auditivos portátiles y otras ayudas).
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados,
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio a los Miembros, al **1-888-901-4636** (TTY **711**).

Si piensa que Kaiser Permanente no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de derechos civiles escribiendo a P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A3S-03, Seattle, WA 98124-5191 o llamando a Servicio a los Miembros al número indicado anteriormente. Puede presentar una queja formal por correo, teléfono, o en línea en kp.org/wa/feedback (en inglés). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, puede acudir a nuestro coordinador de derechos civiles.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés), o por correo postal 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 quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina del Comisionado de Seguros disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status> (en inglés), o por teléfono al **800-562-6900, 360-586-0241** (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx> (en inglés).

Servicio de interpretación en otros idiomas

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：如果您說中文，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): 참고: 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 እገዛ አገልግሎቶች፣ 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 **1-888-901-4636 (TTY 711)**

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

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

