





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 (TTY 711).
 <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 (TTY 711) 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>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, 2715 Naches Ave. SW, 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 (TTY 711)** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

- | | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura de salud esencial mínima (escriba el último día completo en el que tuvo cobertura)*</p> <p>¿Perdió la cobertura con nosotros (KFHPWA) que le proporcionó su empleador?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es así, tiene 2 opciones para continuar con su cobertura con nosotros.</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura que comienza automáticamente el día después de que finaliza la cobertura de su empleador.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica</p> <p><input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza</p> <p>Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:</p> <p><input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidado de crianza</p> <p><input type="checkbox"/> El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted</p> | <p><input type="checkbox"/> Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente</p> <p>Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:</p> <p><input type="checkbox"/> La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente</p> <p><input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal</p> <p><input type="checkbox"/> Traslado permanente con acceso a nuevos planes</p> <p><input type="checkbox"/> Determinación de Washington Healthplanfinder para circunstancias excepcionales</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Interrupción de la contribución del empleador o de los subsidios del gobierno para pagar las primas de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)</p> |
|---|--|

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.

<input type="checkbox"/> Bronze	<input type="checkbox"/> Silver HSA	<input type="checkbox"/> VisitsPlus Gold
<input type="checkbox"/> Bronze HSA X	<input type="checkbox"/> VisitsPlus Silver HD	
<input type="checkbox"/> VisitsPlus Bronze		

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 (TTY 711)** o comuníquese con su productor.

PASO 3: Elija su plan de atención 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 (TTY 711)** o comuníquese con su productor.

<input type="checkbox"/> Sí. Deseo inscribirme en un plan de atención dental.	Si lo desea, seleccione su plan de atención dental.	<input type="checkbox"/> Pediatric Dental n.º 09140
<input type="checkbox"/> No. No estoy interesado en recibir cobertura dental.		<input type="checkbox"/> Adult/Family Basic Dental n.º 09145

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

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

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

Inicial del segundo nombre

Apellido

Teléfono (teléfono celular si corresponde)

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 KHPWA, 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. Reconozco con mi firma que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta.
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto de Kaiser Permanente.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

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

Si no envía el pago con su solicitud, recibirá una factura. Debe pagar la prima del primer mes antes de la fecha de vencimiento o se cancelará su solicitud y no tendrá cobertura.

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 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 (TTY 711).

¿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

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 \$240 por miembro por año más un posible bono. 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:

Agency name

Agency ID number

Producer or Kaiser Permanente representative (first, middle, last)

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente–appointed ID number

National producer number (NPN)

Phone (mobile phone if available)

Fax

Email address

I (the producer/Kaiser Permanente representative) have not made any representations to the applicant about any provisions, benefits, conditions, or limitations of the *Evidence of Coverage* except through written materials furnished by KFHPWA. The applicant has been informed that the effective date of coverage is assigned by KFHPWA. I certify that the information supplied to me by the applicant has been truly and accurately recorded.

Yes No

X

Date (mm/dd/yyyy)

Producer or Kaiser Permanente representative

Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of Washington y Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) cumplen con las leyes federales y del estado de Washington de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, país de origen, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual ni identidad de género. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés y su idioma principal), edad, discapacidad, sexo, características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo (o condiciones relacionadas), estereotipos sexuales, orientación sexual o identidad de género. Además:

- Brindamos a las personas con discapacidades modificaciones razonables, así como ayudas y servicios auxiliares apropiados y sin costo para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
 - información escrita en otros formatos (en letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporcionamos servicios de asistencia con el idioma sin costo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia con el idioma, comuníquese con Servicio a los Miembros al **1-888-901-4636** (TTY **711**).

Si considera que Kaiser Permanente no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés y su idioma principal), edad, discapacidad, sexo, características sexuales (incluidos los rasgos intersexuales), embarazo (o condiciones relacionadas), estereotipos sexuales, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles: P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 o llamando al **1-888-901-4636** (TTY **711**). Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal, por teléfono o en línea, en kp.org/wa/feedback (en inglés). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede brindársela.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles de las siguientes formas:

- Ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., a través de su portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a: 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). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Ante la Oficina del Comisionado de Seguros del estado de Washington: electrónicamente en el portal de quejas de esta oficina, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al **800-562-6900**, **360-586-0241** (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <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): សូមមកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ 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 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) إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً.:: انتباه
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)**.

International Symbol for ASL (American Sign Language):



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

