KAISER PERMANENTE®

Planes individuales y familiares

Formulario de Cambios en la Cuenta

Colorado

Instrucciones

- Si usted ya es miembro de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) y está inscrito directamente en una cuenta de KPIF, puede utilizar este formulario para hacer cambios en su plan o cuenta. Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta exclusiva para menores puede llenar este formulario.
- Si usted ya es miembro de KPIF y está inscrito a través de Connect for Health Colorado, todos los cambios que se hagan en la cuenta o el plan de su cobertura actual deben solicitarse a través de es.connectforhealthco.com. Si no está seguro de cómo se encuentra inscrito o necesita ayuda adicional, llame al **1-800-255-5169** (TTY: **711**).
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Llene la Sección A con su información personal. Luego, en la Sección B, seleccione los cambios que quiere hacer y proceda a completar cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si usted es un suscriptor que cancela su cobertura, la cobertura de sus dependientes también se cancelará automáticamente. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores. Si cancela su cobertura de KPIF debido a que recientemente es elegible para una cobertura de grupo o para Medicare, sus dependientes contarán con un periodo de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura de KPIF. Visite **kp.org/inscripcionespecial** o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más información.
- Si agrega un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que esta persona tenga no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar 2 planes o quedar sin cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

A. Llene el formulario con su información

Si va a realizar un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde) - -

Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde) - -

Dirección de correo electrónico

Dirección postal ☐ Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa

Ciudad

Estado

Código postal

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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

B. ¿Qué cambios quiere hacer?

Marque las casillas de los cambios que desea hacer e 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 periodo de inscripción especial. Para hacer un cambio distinto de los indicados a continuación, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

- ☐ Cambiar de plan.
- ☐ Agregar cobertura médica para un familiar.
- ☐ Cambiar una cuenta exclusiva para menores a una cuenta familiar conmigo como suscriptor.

(Se aplican restricciones para periodos de inscripción especial. Visite **kp.org/inscripcionespecial** para obtener más información).

Combine cuentas de KPIF

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

- ☐ Deseo agregar a mi cuenta a uno o más familiares que ya tienen un plan de KPIF. Hacer esto cancelará el plan existente de sus familiares. (Indique qué familiares se transferirán a su cuenta en la Sección C).

Cancelación de cuenta

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

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

X

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

Fecha (mm/dd/aaaa) / /

Puede realizar los siguientes cambios en cualquier momento del año. *(Nota: Para estos cambios, puede saltarse las Secciones D y E).*

- ☐ Cancelar toda la cobertura para mí y todos mis familiares.
- ☐ Finalizar la cobertura de un familiar.
- ☐ Cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores.
- ☐ Cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja en unión civil, y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores.
- ☐ Hacer los cambios indicados en la Sección A. (Si ha cambiado de nombre, adjunte la documentación legal correspondiente).
- ☐ Una persona en mi cuenta ha dejado de consumir tabaco. (Indique el familiar en la Sección C).

Fecha de vigencia solicitada (no se garantiza) / / (mm/dd/aaaa)

C. ¿A qué miembros de la familia afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Cónyuge o pareja en unión civil

☐ Cambio de nombre ☐ Agregar cobertura médica ☐ Finalizar cobertura médica

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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:
- ☐ Cónyuge
- ☐ Pareja en unión civil

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde) - -

Número de historia clínica (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde) - -

Dirección de correo electrónico

C. ¿A qué miembros de la familia afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si realizará cambios para más de 3 dependientes, adjunte una copia de esta página y llénela con la información de esos dependientes. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

Dependiente 1

☐ Cambio de nombre ☐ Agregar cobertura médica ☐ Finalizar cobertura médica

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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

Dependiente 2

☐ Cambio de nombre ☐ Agregar cobertura médica ☐ Finalizar cobertura médica

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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

Dependiente 3

☐ Cambio de nombre ☐ Agregar cobertura médica ☐ Finalizar cobertura médica

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 las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

Dirección de correo electrónico

D. Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta **(vaya a la Sección E)** ☐ Un periodo de inscripción especial (siga con este paso)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones, ya que las fechas de vigencia varían según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad dentro de 30 días calendario.** Visite **kp.org/inscripcionespecial** o llame al **1-800-255-5169** (TTY **711**) para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

Cambio en la cobertura de salud

- ☐ Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (ponga el último día completo que tuvo cobertura)
- ☐ Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de gastos médicos para cobertura individual (*individual coverage health reimbursement arrangement*, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos calificados para pequeños empleadores (*qualified small employer health reimbursement arrangement*, QSEHRA)
- ☐ 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)
- ☐ Pérdida de la cobertura de salud a corto plazo

Cambio en el grupo familiar

- ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por matrimonio o unión civil
- ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por el nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza

  Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:

  - ☐ La fecha del nacimiento, la adopción o la puesta en adopción o en cuidados de crianza
  - ☐ El primer día del mes después del nacimiento o la entrega del niño
- ☐ Orden de manutención infantil u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente

  Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:

  - ☐ La fecha de la orden de manutención infantil u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
  - ☐ El primer día del mes siguiente a la fecha de la orden judicial
- ☐ Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar
- ☐ Dejar de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal
- ☐ Muerte del suscriptor o de un dependiente

Cambio en la residencia

- ☐ Traslado permanente dentro de los Estados Unidos con acceso a nuevos planes
- ☐ Traslado permanente a los Estados Unidos desde otro país

  Nota: Marque una de las casillas siguientes:

  - ☐ Ciudadano/residente permanente de EE. UU.
  - ☐ No ciudadano de EE. UU.

Otros eventos calificados de vida

- ☐ Determinación por parte de Connect for Health Colorado de circunstancias excepcionales
- ☐ Determinación por parte del Comisionado del Departamento de Seguros de circunstancias excepcionales
- ☐ Demostrar que un plan calificado infringió de manera sustancial una disposición material de su contrato respecto a la persona inscrita
- ☐ Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional médico

  Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:

  - ☐ El primer día del mes en que se confirma el embarazo*
  - ☐ El primer día del mes siguiente al que recibimos la solicitud
- ☐ Liberación de prisión

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

* Si elige que su cobertura inicie el primer día del mes en el que se confirmó el embarazo, se le solicitará pagar las primas mensuales de manera retroactiva por aquellos meses adicionales de cobertura y solo los servicios recibidos dentro de la red se cubrirán de manera retroactiva.

E. Elija su plan de salud

Si indicó que desea cambiar de plan o agregar cobertura para un familiar, seleccione su plan preferido a continuación. La elección del plan de salud se basa en su condado. Vea la lista de condados a continuación para saber qué planes de salud están disponibles 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 podría aparecer varias veces.

Planes disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Gilpin, Jefferson, Park y Teller

Bronze	Silver	Gold
☐ KP Select CO Bronze 6500/50/HSA	☐ KP Select CO Silver 2500/35 X	☐ KP Select CO Gold 0/30 RX Copay
☐ KP Select CO Bronze 6500/35%/HSA	☐ KP Select CO Silver 4500/35 RX Copay X	☐ KP Select CO Gold 500/30/Dental/Vision
☐ KP Select CO Bronze 7500/60/HSA RX Copay	☐ KP Select CO Silver 3800/25%/HSA X	☐ KP Select CO Gold 1500/25
☐ KP Select CO Bronze 8500/50/HSA	☐ KP Select CO Silver 4000/30 X	☐ KP Select CO Gold 2000/25
☐ KP Select CO Catastrophic/HSA*	☐ KP Select CO Silver 5350/0/HSA X	☐ KP Select CO Gold 3500/0/HSA
	☐ KP Select CO Silver 5500/35 X	

Hay planes disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, and Weld

Bronze	Silver	Gold
☐ KP CO Bronze 6500/50/HSA	☐ KP CO Silver 2500/35 X	☐ KP CO Gold 0/30 RX Copay
☐ KP CO Bronze 6500/35%/HSA	☐ KP CO Silver 4500/35 RX Copay X	☐ KP CO Gold 500/30/Dental/Vision
☐ KP CO Bronze 7500/60/HSA RX Copay	☐ KP CO Silver 3800/25%/HSA X	☐ KP CO Gold 1500/25
☐ KP CO Bronze 8500/50/HSA	☐ KP CO Silver 4000/30 X	☐ KP CO Gold 2000/25
☐ KP CO Catastrophic/HSA*	☐ KP CO Silver 5350/0/HSA X	☐ KP CO Gold 3500/0/HSA
	☐ KP CO Silver 5500/35 X	

Planes disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld

Bronze	Silver	Gold
☐ KP Colorado Option Bronze	☐ KP Colorado Option Silver X	☐ KP Colorado Option Gold

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

Los planes Catastrophic están disponibles para las personas 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 reúne los requisitos, visite **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 e incluirá niños menores de 19 años en la cobertura, deberá comprar la cobertura dental pediátrica por separado.

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

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

X _____

Firma de la persona solicitante

Para obtener información sobre los beneficios de salud y dentales, y sus limitaciones, montos de costo compartido y primas, consulte los detalles de sus materiales de inscripción. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía* (*Membership Agreement*) de un plan en particular, visite **kp.org/plandocuments** (en inglés), llame al **1-800-632-9700** (TTY **711**), o comuníquese con su corredor de seguros.

(continúa)

E. Elija su plan de salud *(continuación)*

¿El solicitante principal que está comprando este plan usa un acuerdo de reembolso de gastos médicos (*health reimbursement arrangement*, HRA)? ☐ Sí

Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo?: ☐ ICHRA ☐ QSEHRA

Con un acuerdo de reembolso de gastos médicos para cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicospara pequeños empleadores (QSEHRA), su empleador establecerá y financiará una cuenta para ayudarle a pagar las primas mensuales del plan individual y los gastos de bolsillo como una alternativa a la cobertura médica de grupo tradicional.

Usar el HRA de un empleador para ayudar a pagar las primas y los gastos de bolsillo no cambia su elegibilidad para un plan Kaiser Permanente Individual and Family.

F. Firme el formulario

- Si un corredor le ayudó a realizar este cambio de cuenta o de plan, al firmar a continuación, usted da permiso a ese corredor para que actúe en su nombre con respecto a este cambio de cuenta o de plan.
- Si trabajé con un corredor de seguros, 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 $20 al mes por miembro, más una posible bonificación. Para obtener más información, visite **kp.org/brokercompensation** (en inglés).
- Es ilegal proporcionar intencionalmente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, daños civiles y denegación del seguro. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un demandante con el propósito de estafarlo o intentar estafarlo 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.
- Confirmo que ninguna de las personas incluidas en este formulario que está cambiando de plan o que fue agregada como dependiente tiene derecho a recibir Medicare Parte A ni está inscrita en Medicare Parte B.
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y números de teléfono, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico, mensaje de texto o mensaje de voz de Kaiser Permanente. Para obtener más información, visite **espanol.kaiserpermanente.org/es/termsconditions**.

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

X _____ Fecha (mm/dd/aaaa) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

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

Información de contacto

Por correo postal a: Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-92193	**Por fax:** Administración de Membresías **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 de derechos civiles aplicables federales y estatales y no discrimina o excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio de inglés limitado y el idioma principal), ascendencia, edad, discapacidad, sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género), religión, credo o estado civil.

Kaiser Health Plan:

- Ofrece servicios y dispositivos adicionales sin costo a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.

- Ofrece servicios lingüísticos sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados,
  - información escrita en otros idiomas.

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

Si considera que Kaiser Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, edad, discapacidad, sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género), religión, credo o estado civil, puede presentar una queja formal por correo postal escribiendo a: Departamento de Atención al Cliente (Customer Experience Department), Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247, o por teléfono a Servicio a los Miembros **1-800-632-9700** (TTY **711**).

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

Este aviso está disponible en

https://healthy.kaiserpermanente.org/colorado/language-assistance/nondiscrimination-notice (cambie el idioma a español)

AYUDA EN SU IDIOMA

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

አማርኛ (Amharic) ትኩረት፡ አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-632-9700** ይደውሉ (TTY **711**)።

العربية (Arabic) تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-632-9700** (**TTY: 711**).

Ɓăsɔ́ɔ̀ Wùɖù (Bassa) Mbi sog: nia maa Ɓàsàa, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsoŋ ni soŋ, niŋ ma kénŋɛn yɛ́, mbi èyɛm. Wɔ nàŋ **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700**（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 **1-800-632-9700** (TTY (تلفن متنی) **711**) تماس بگیرید.

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 **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-632-9700** an (TTY **711**).

Igbo (Igbo) TINYE UCHE: Ọ bụrụ na ị na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asụsụ gụnyere udi enyemaka na ọrụ kwesịrị ekwesị, n'efu, dị nye gị. Kpọọ **1-800-632-9700** (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。**1-800-632-9700** までお電話ください（TTY：**711**）。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-632-9700** 로 전화해 주세요(TTY **711**).

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę́', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'I bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **1-800-632-9700** (TTY **711**).

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाइँ नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, उपयुक्त सहायक सहायता र सेवाहरू सहित भाषा सहायता सेवाहरू, नि:शुल्क उपलब्ध छन्। फोन **1-800-632-9700** (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. **1-800-632-9700** irratti bilbilaa (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 **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700** (TTY **711**).

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ ìrànlọ́wọ́ èdè tó fi kún àwọn ohun èlò ìrànlọ́wọ́ tó yẹ àti àwọn iṣẹ́ láìsí ìdíyelé wà fún ọ. Pe **1-800-632-9700** (TTY **711**).