



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información acerca del costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, vaya a [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) o llame 1-800-813-2000 (TTY: 711). Por definiciones de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros [términos subrayados](#) consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante esto:
¿Qué es el <a href="#">deducible</a> general?	\$500 individual / \$1,500 familiar	En general, usted debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta alcanzar el monto del <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si otros miembros de su familia también pertenecen al <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que el monto total de los gastos del <a href="#">deducible</a> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <a href="#">deducible</a> familiar general.
¿Tienen cobertura los servicios antes de que alcance el <a href="#">deducible</a> ?	Sí. <a href="#">Atención preventiva</a> y servicios indicados en la tabla que comienza en la página 2.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero es posible que deba pagar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que alcance el <a href="#">deducible</a> . <a href="#">Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Existen otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?	No.	No tiene que afrontar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?	\$5,000 individual / \$10,000 familiar	El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen al <a href="#">plan</a> , ellos deben alcanzar su propio <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que alcancen el límite de los <a href="#">gastos de bolsillo</a> familiar.
¿Qué no se contabiliza para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?	<a href="#">Primas</a> , atención médica, que este <a href="#">plan</a> no cubre, y servicios indicados en la tabla que comienza en la página 2.	Si bien usted paga estos gastos, no se contabilizan para el cálculo del <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .

¿Pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> o llame al 1-800- 813-2000 (TTY: 711) para obtener una lista de los proveedores participantes.	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y puede recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan (facturación de saldos)</a> . Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Verifique con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.
¿Necesito un <a href="#">referido</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ?	Sí, pero debe referirte a ciertos <a href="#">especialistas</a> .	Este <a href="#">plan</a> pagará alguno o todos los costos para ver al <a href="#">especialista</a> por servicios cubiertos pero solo si usted tiene un <a href="#">referido</a> antes de ver al <a href="#">especialista</a> .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que aparecen en este cuadro se aplican una vez que se ha alcanzado el [deducible](#), si corresponde un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Prestador Participante (Usted pagará menos)	Prestador no participante (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio o la clínica de un <a href="#">proveedor</a> de atención de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$20 / visita, no aplica <a href="#">deducible</a>	No tienen cobertura	Ninguna
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$30 / visita, no aplica <a href="#">deducible</a>	No tienen cobertura	Ninguna
	<a href="#">Atención preventiva</a> /exámenes de detección/vacunas	Sin cargo, no aplica <a href="#">deducible</a>	No tienen cobertura	Usted tiene que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué pagará su <a href="#">plan</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Examen de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	radiografías: \$20 / visita, no aplica <a href="#">deducible</a> . Pruebas de laboratorio \$20 / visita, no aplica <a href="#">deducible</a>	No tienen cobertura	Ninguna
	Imágenes (tomografías computadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	\$100 / visita, no aplica <a href="#">deducible</a>	No tienen cobertura	Algunos servicios requieren autorización previa.
Si necesita medicamentos para tratar su	Medicamentos genéricos	\$10 (farmacias minoristas); \$20 (farmacias de pedido por correo) / receta, no aplica <a href="#">deducible</a> .	No tienen cobertura	Hasta un suministro para 30 días (farmacias minoristas); hasta un suministro para 90 días (farmacias de pedido por correo). Sujeto a

<b>enfermedad o afección</b> Puede encontrar más información sobre <a href="http://www.kp.org/formulary">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a>				pautas del <a href="#">formulario</a> .
	Medicamentos de marca preferidos	\$20 (farmacias minoristas); \$40 (farmacias de pedido por correo) / receta, no aplica <a href="#">deductible</a> .	No tienen cobertura	Hasta un suministro para 30 días (farmacias minoristas); hasta un suministro para 90 días (farmacias de pedido por correo). Sujeto a pautas del <a href="#">formulario</a> .
	Medicamentos de marca no preferidos	\$40 (farmacias minoristas); \$80 (farmacias de pedido por correo) / receta, no aplica <a href="#">deductible</a> .	No tienen cobertura	Hasta un suministro para 30 días (farmacias minoristas); hasta un suministro para 90 días (farmacias de pedido por correo). Sujeto a pautas del <a href="#">formulario</a> , al ser aprobadas a través del proceso de excepción.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Prestador Participante (Usted pagará menos)	Prestador no participante (Usted pagará más)	
	<a href="#">Medicamentos especiales</a>	Genérico aplicable, preferentemente de marca, se aplican costos compartidos de medicamentos de marca no preferidos	No tienen cobertura	Hasta un suministro para 30 días (farmacias minoristas). Sujeto a pautas del <a href="#">formulario</a> , al ser aprobadas a través del proceso de excepción.
<b>Si se realiza una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (por ej., centro quirúrgico ambulatorio)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Se requiere autorización previa
	Honorarios de médicos/cirujanos	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Se requiere autorización previa
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	Ninguna
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	Ninguna
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$40 / visita, no aplica <a href="#">deducible</a>	No tienen cobertura	Prestadores no participantes cubiertos cuando se encuentran temporalmente fuera del área de servicio: \$40 / visita,, no aplica <a href="#">deducible</a> .
<b>Si usted es hospitalizado</b>	Tarifa del centro (por ej. habitación del hospital)	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Se requiere autorización previa
	Honorarios de médicos/cirujanos	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Se requiere autorización previa
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 / visita, no aplica <a href="#">deducible</a>	No tienen cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Se requiere autorización previa

<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo, no aplica <a href="#">deducible</a>	No tienen cobertura	Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> , o <a href="#">deducible</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ej. ecografías).
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Ninguna
	Servicios de centros para el parto/nacimiento	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Ninguna
	<a href="#">Atención de la salud en el hogar</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	límite de 130 visitas / año Se requiere autorización previa

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Prestador Participante (Usted pagará menos)	Prestador no participante (Usted pagará más)	
<b>Si necesita rehabilitación u otras necesidades especiales</b>	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Paciente ambulatorio: \$30 / visita, no aplica <a href="#">deducible</a> . Paciente internado <a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Paciente ambulatorio: Límite de 20 visitas / terapia / año. Se requiere autorización previa Paciente internado. Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$30 / visitas	No tienen cobertura	Límite de 20 visitas / terapia / año. Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Límite de 100 visitas / año Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	<a href="#">Coseguro</a> del 20 %	No tienen cobertura	Sujeto a pautas del <a href="#">formulario</a> . Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de hospicio</a>	Sin cargo, no aplica <a href="#">deducible</a> .	No tienen cobertura	Se requiere autorización previa.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$20 / visita para examen refractivo, no aplica <a href="#">deducible</a> .	No tienen cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	No tienen cobertura	No tienen cobertura	Ninguna
	Chequeos dentales para niños	No tienen cobertura	No tienen cobertura	Ninguna

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#).)

- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos y niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#) ).**

- Acupuntura (límite de 12 visitas / año)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (límite de 12 visitas / año)
- Audífonos (límite de \$1,000 / oído / 3 años)
- Tratamientos para la infertilidad
- Rutina del cuidado de los ojos (Adultos)

**Sus derechos relacionados con la continuación de la cobertura:** Existen agencias que pueden ayudarlo a continuar su cobertura una vez que esta finaliza. La información del contacto para esas agencias se muestra en la siguiente tabla. Hay otras opciones de cobertura disponibles, incluido comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información acerca del [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos relacionados con las quejas formales y las apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene quejas contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Estas quejas se denominan [quejas formales](#) o [apelaciones](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también le proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#), o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita asistencia, comuníquese con las agencias llamando al.

Servicios permanentes para miembros Kaiser	1-800-813-2000 (TTY: 711) o <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo	1-866-444-EBSA (3272) o <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a>
Departamento de Servicios Humanos y de Salud, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 x61565 o <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>
División de Oregón de Regulación Financiera	1-888-877-4894 o <a href="http://www.dfr.oregon.gov">www.dfr.oregon.gov</a>
Departamento de Seguros de Washington	1-800-562-6900 o <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

**Contáctese por información sobre sus derechos para continuar la cobertura y sus derechos de queja y apelación:**

**Proporciona cobertura esencial mínima este [plan](#)? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas comerciales individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertos otros tipos de cobertura. Si usted reúne los requisitos para obtener ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), no será elegible para recibir crédito fiscal para la prima.

**¿Cumple este [plan](#) con los estándares de valor mínimos? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimos](#), es posible que usted reúna los requisitos para recibir un [crédito fiscal para la prima](#) que lo ayudará a pagar el [plan](#) a través del [Mercado](#).

**Servicios de acceso de idiomas:**

Español: Para asistencia en español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711).

*Di desea ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima página.*



## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esto no es una calculadora de costos.** Los tratamientos nombrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según el tratamiento que en realidad reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#), ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría tener que pagar con diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura únicamente para uno mismo.

### Peg va a tener un bebé.

(9 meses de atención prenatal y parto en el hospital dentro de la red)

■ El <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$30
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	20 %
■ <a href="#">Copago</a> por otro (análisis de sangre)	\$20

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el parto/nacimiento

Servicios de centros para el parto/nacimiento

[Exámenes de diagnósticos](#) (ecografías y análisis de sangre))

Visita al [especialista](#) (anestesia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$500
<a href="#">Copagos</a>	\$100
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,600

Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60

<b>El total que pagaría Peg es</b>	<b>\$2,260</b>
------------------------------------	----------------

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

■ El <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$30
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	20 %
■ <a href="#">Copago</a> por otro (análisis de sangre)	\$20

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al [médico de atención primaria](#) (incluida la enseñanza sobre la enfermedad)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre))

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$70
<a href="#">Copagos</a>	\$800
<a href="#">Coseguro</a>	\$0

Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0

<b>El total que pagaría Joe es</b>	<b>\$870</b>
------------------------------------	--------------

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia y atención de seguimiento dentro de la red)

■ El <a href="#">Deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$500
■ <a href="#">Copago</a> del <a href="#">especialista</a>	\$30
■ <a href="#">Coseguro</a> del hospital (centro)	20 %
■ <a href="#">Copago</a> por otro (radiografías)	\$20

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes: [Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos los suministros médicos)

[Examen de diagnóstico](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$500
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coseguro</a>	\$300

Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0

<b>El total que pagaría Mia es</b>	<b>\$1,100</b>
------------------------------------	----------------



## **Aviso de no discriminación**

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Kaiser Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, Kaiser Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. También:

- Brinda atención sin cargo y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
  - Intérpretes cualificados de lengua de señas
  - Información escrita en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- Brindar servicios lingüísticos sin costo a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

Si cree que Kaiser Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante nuestro Departamento Civil. Coordinador de Derechos, por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. Puede comunicarse con nuestro Coordinador de Derechos Civiles al: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Teléfono: **1-800-813-2000** (TTY: 711), Fax: **1-855-347-7239**.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente 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 o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 2020, Teléfono: 1-800-368-1019 TDD: 1-800-537-7697. Formularios para quejas disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

### **Para miembros de Washington**

También puede presentar una queja formal ante 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>, o por teléfono al 1-800-562-6900, o 360-586-0241 (TDD). Formularios para quejas disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

## ASISTENCIA EN SU IDIOMA

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**አማርኛ (Amharic) ማሰታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በጎዳ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: 711)።

**العربية (Arabic) ملحوظة:** إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. یا **1-800-813-2000** (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000** (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。**1-800-813-2000** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាខ្មែរឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមានសំណើបំណងសុំ ឬ ទូរស័ព្ទ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**ລາວ (Laotian) ໄປດອກບ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການ ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNA:** Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-813-2000** (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Română (Romanian) ATENȚIE:** Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCION:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**ไทย (Thai) เรียน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Українська (Ukrainian) УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: 711).