



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo para los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado la 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, visite <https://regence.com> o llame al 1 (866) 240-9580. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en la página web healthcare.gov/sbc-glossary o llame al 1 (866) 240-9580 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$200 individual / \$400 por familia por año calendario.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de su familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos pagados del <u>deducible</u> de todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Determinada <u>atención preventiva</u> y los servicios que se enumeran a continuación como “no se aplica <u>deducible</u> ” o como “sin cargo”.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios <u>preventivos</u> antes de que complete su <u>deducible</u> . Vea una lista de los servicios <u>preventivos</u> cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso directo</u> para este plan?	Dentro de la <u>red</u> : \$2,500 individual / \$5,000 por familia por año calendario. Fuera de la <u>red</u> : No se aplica.	El <u>límite de desembolso directo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan, ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de desembolso directo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de desembolso directo</u> familiar.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso directo</u> ?	Las <u>primas</u> , los <u>cargos de facturación de saldo</u> y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso directo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte https://regence.com/go/WW/Preferred o llame al 1 (866) 240-9580 para una lista de proveedores dentro de la <u>red</u> .	Usted paga lo mínimo si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> preferida. Usted paga más si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> participante. Usted pagará el máximo si usa un <u>proveedor no participante</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su plan paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría recurrir a un <u>proveedor no participante</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de que se ha alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesita	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted paga lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted paga el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta con el médico de atención primaria por una lesión o enfermedad	\$10 de <u>copago</u> y 10% de <u>coseguro</u> / visita de oficina; 10% de <u>coseguro</u> para los demás servicios	\$20 de <u>copago</u> y 20% de <u>coseguro</u> / visita de oficina; 20% de <u>coseguro</u> para los demás servicios	El <u>copago</u> se aplica primero a las visitas de oficina, después el <u>deducible</u> y el <u>coseguro</u> . Todos los demás servicios están cubiertos al <u>coseguro</u> especificado, después del <u>deducible</u> .
	<u>Visita al especialista</u>	\$10 de <u>copago</u> y 10% de <u>coseguro</u> / visita de oficina; 10% de <u>coseguro</u> para los demás servicios	\$20 de <u>copago</u> y 20% de <u>coseguro</u> / visita de oficina; 20% de <u>coseguro</u> para los demás servicios	
	<u>Atención preventiva</u> / pruebas de detección / vacunas	Sin cobertura	20% de <u>coseguro</u>	Usted paga por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se le realiza una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Imágenes (TC/TEP, IRM)	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> disponible en www.Express-Scripts.com	Medicamento genérico (Nivel 1)	\$7 de <u>copago</u> /medicamento minorista \$14 de <u>copago</u> /medicamento pedido por correo	Reembolsable al 100% de “precio medio al mayor” menos copago apropiado	Los beneficios de medicamentos recetados por son administrados por Express Scripts. Express Scripts no proporciona servicios de BlueCross y/o BlueShield y es una compañía independiente exclusivamente responsable de sus productos/servicios.
	Medicamento preferido de marca (Nivel 2)	\$15 de <u>copago</u> /medicamento minorista \$30 de <u>copago</u> /medicamento pedido por correo	Reembolsable al 100% de “precio medio al mayor” menos copago apropiado	
	Medicamento de marca no preferido (Nivel 3)	\$30 de <u>copago</u> /medicamento minorista \$60 de <u>copago</u> /medicamento pedido por correo	Reembolsable al 100% de “precio medio al mayor” menos copago apropiado	La cobertura es de un suministro de hasta 30-días (medicamento minorista); o suministro de hasta 90-días (medicamento pedido por correo)
	<u>Medicamento de especialidad</u> (Nivel 4)	Consulte los medicamentos Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3 arriba.	Sin cobertura	Preautorización es necesaria para <u>medicamentos de especialidad</u> .

Evento médico común	Servicios que puede necesita	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la <u>red</u> (Usted paga lo mínimo)	Proveedor fuera de la <u>red</u> (Usted paga el máximo)	
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (por ej., un centro de cirugía ambulatoria)	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica de inmediato	<u>Atención de la Sala de emergencias</u>	10% de <u>coseguro</u> después \$50 de <u>copago</u> / visita	10% de <u>coseguro</u> después \$50 de <u>copago</u> / visita	El copago se aplica al cargo del centro por cada visita (exento si es ingresado), si se ha alcanzado o no el <u>deducible</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10% de <u>coseguro</u>	10% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	Cubierto igual que si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención primaria (visita de atención primaria o visita al especialista) o si se le realiza una prueba indicada anteriormente.		Ninguna
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (por ej., la habitación del hospital)	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u> después \$200 de <u>copago</u>	<u>Copago</u> se aplica por cada proveedor fuera de la <u>red</u> por cada ingreso de paciente internado, si se ha alcanzado o no el <u>deducible</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10 de <u>copago</u> y 10% de <u>coseguro</u> / visita de oficina; 10% de <u>coseguro</u> para los demás servicios	\$20 de <u>copago</u> y 20% de <u>coseguro</u> / visita de oficina; 20% de <u>coseguro</u> para los demás servicios	<u>Copayment</u> for each mental health/behavioral health office/psychotherapy visit applies first, then <u>deductible</u> and <u>coinsurance</u> . Substance abuse services and all other services are covered at the <u>coinsurance</u> specified, after <u>deductible</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u> después \$200 de <u>copago</u>	<u>Copago</u> se aplica por cada proveedor fuera de la <u>red</u> por cada ingreso de paciente internado, si se ha alcanzado o no el <u>deducible</u> .
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	<u>Copago</u> se aplica por cada proveedor fuera de la <u>red</u> por cada ingreso de paciente internado, si se ha alcanzado o no el <u>deducible</u> . El <u>costo compartido</u> no se aplica para servicios <u>preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otro lugar en el (SBC)
	Servicios profesionales para nacimientos/partos	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted paga lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted paga el máximo)	
	Servicios del centro para nacimientos/partos	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u> después \$200 de <u>copago</u>	(por ej., ultrasonido). Servicios de maternidad para niños, incluyendo <u>complicaciones de maternidad</u> , no son cubiertos.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	0% de <u>coseguro</u>	0% de <u>coseguro</u>	30 visitas / año
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u> después \$200 de <u>copago</u> / servicios de paciente internado; 20% de <u>coseguro</u> / servicios ambulatorios	30 días internado / año 60 visitas ambulatorias / año (combinado con habilitación) <u>Copago</u> se aplica por cada proveedor fuera de la <u>red</u> por cada ingreso de paciente internado, si se ha alcanzado o no el <u>deducible</u> . Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
	<u>Servicios de habilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	60 consultas profesionales de neurodesarrollo / año (combinado con rehabilitación ambulatoria) Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	60 días internados / año
	<u>Equipo médico duradero</u>	10% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	\$550 límite / pelucas por año
	<u>Servicios de un centro de cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cargo	14 días de cuidado de relevo como paciente hospitalizado o ambulatorio/de por vida
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Servicios proporcionados por Vision Service Plan. Consulte www.vsp.com .	Servicios proporcionados por Vision Service Plan. Consulte www.vsp.com .	Vision Service Plan no proporciona servicios de BlueCross y/o BlueShield y es una compañía independiente exclusivamente responsable de sus productos/servicios
	Anteojos para niños	Servicios proporcionados por Vision Service Plan. Consulte www.vsp.com .	Servicios proporcionados por Vision Service Plan. Consulte www.vsp.com .	Vision Service Plan no proporciona servicios de BlueCross y/o BlueShield y es una compañía independiente exclusivamente responsable de sus productos / servicios
	Chequeo dental para niños	Servicios proporcionados por Delta Dental. Consulte www.deltadentalwa.com .	Servicios proporcionados por Delta Dental. Consulte www.deltadentalwa.com .	Delta Dental of Washington Vision Service Plan no proporciona servicios de BlueCross y/o BlueShield y es una compañía independiente exclusivamente responsable de sus productos / servicios

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía estética, excepto anomalías congénitas
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicio de enfermería privada
- Atención de rutina de la vista (adulto)
- Atención de rutina de los pies, excepto para pacientes diabéticos
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).

- Aborto, excepto para servicios de niños
- Acupuntura
- Audífonos
- Cirugía Bariátrica, solo proveedores dentro de la red
- Atención quiropráctica
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.

Sus derechos a continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que esta termina. La información de contacto de esas agencias es: la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor), llamando al 1 (866) 444-3272 o en dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight), llamando al 1 (877) 267-2323 ext. 61565 o en cciio.cms.gov o el departamento de seguros de su estado. También se puede comunicar con el plan al 1 (866) 240-9580. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual, a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite HealthCare.gov o llame al 1 (800) 318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta reclamación se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para obtener ayuda, comuníquese con el plan al 1 (866) 240-9580 o visite regence.com o con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado, del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, al 1 (866) 444-3272 o en la página web dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington si llama al 1 (800) 562-6900, o a través de Internet al: www.insurance.wa.gov.

¿Proporciona este plan una Cobertura esencial mínima? Si

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted califica para ciertos tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no califique para el crédito fiscal de la prima.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Si

Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, usted puede calificar para un crédito fiscal de la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame 1 (866) 240-9580.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos para una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta para calcular costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos en virtud del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé

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

- El deducible general del plan \$200
- Copago del especialista \$10
- Coseguro del hospital (centro) 10%
- Otro coseguro 10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*). Servicios profesionales para nacimientos / partos. Servicios del centro para nacimientos/partos. Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*). Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copago</u>	\$11
<u>Coseguro</u>	\$1,202
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$61
El total que Peg pagaría es	\$1,474

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deducible general del plan \$200
- Copago del especialista \$10
- Coseguro del hospital (centro) 10%
- Otro coseguro 10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*) Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*) Medicamentos recetados Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copago</u>	\$376
<u>Coseguro</u>	\$140
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$178
El total que Joe pagaría es	\$894

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$200
- Copago del especialista \$10
- Coseguro del hospital (centro) 10%
- Otro coseguro 10%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Atención de sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*) Prueba diagnóstica (*radiografías*) Equipo médico duradero (*muletas*) Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copago</u>	\$85
<u>Coseguro</u>	\$251
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$536

El plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Regence complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual identity. Regence does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual orientation.

Regence:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, and accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services listed above, please contact:

Medicare Customer Service

1-800-541-8981 (TTY: 711)

Customer Service for all other plans

1-888-344-6347 (TTY: 711)

If you believe that Regence has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual orientation, you can file a grievance with our civil rights coordinator below:

Medicare Customer Service

Civil Rights Coordinator

MS: B32AG, PO Box 1827

Medford, OR 97501

1-866-749-0355, (TTY: 711)

Fax: 1-888-309-8784

medicareappeals@regence.com

Customer Service for all other plans

Civil Rights Coordinator

MS CS B32B, P.O. Box 1271

Portland, OR 97207-1271

1-888-344-6347, (TTY: 711)

CS@regence.com

You can also file a civil rights complaint with:

- The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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).

Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD).

Complaint forms are available at
<https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>

Language assistance

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

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 1-888-344-6347 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-344-6347 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-344-6347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-344-6347 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-344-6347 (телетайп: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-344-6347 (ATS : 711)

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。1-888-344-6347 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-888-344-6347 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-888-344-6347 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-344-6347 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-344-6347 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፤ በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-344-6347 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)::

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-344-6347 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-344-6347 (टिटावाइ: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-344-6347 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີຜ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-888-344-6347 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر بہ زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-344-6347 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذاكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم 711 TTY)