

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.



El Resumen de beneficios y de cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención para la salud cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte <https://kp.org/plandocuments> (haga clic en "Español") o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad aprobada](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/es/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$800 por individuo/\$1,600 por familia	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de su familia en el plan , cada miembro debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. La atención preventiva y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$2,000 por individuo/\$4,000 por familia	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros familiares en el plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , la atención médica que no cubre este plan y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Consulte kp.org/espanol o llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711) para obtener una lista de proveedores participantes .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí, pero puede autorreferirse a ciertos especialistas .	Este plan pagará algunos o todos los costos por acudir con un especialista para recibir servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir con dicho especialista .



Todos los costos por el [copago](#) y el [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra Información importante
Si acude al consultorio o clínica del proveedor de atención médica	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$20 por visita, el deducible no se aplica	Sin cobertura	\$5 por visita, el deducible no se aplica a las 3 primeras visitas ambulatorias combinadas para servicios de atención primaria, salud mental o del comportamiento, abuso de sustancias ni a otras visitas calificadas
	Consulta con un especialista	\$40 por visita, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguna
	Atención preventiva , evaluación o vacunas	Sin costo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos . Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos . Luego, consulte lo que su plan pagará
Si se realiza un examen	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 20 % de coseguro , el deducible no se aplica. Pruebas de laboratorio: 20 % de coseguro , el deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes diagnósticas (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de coseguro	Sin cobertura	Algunos servicios pueden requerir autorización previa

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra Información importante
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.kp.org/formulary	Medicamentos genéricos	Sin costo (al por menor y en pedido por correo), el deducible no se aplica	Sin cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al por menor) y hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos
	Medicamentos de marca preferidos	\$30 (al por menor) y \$60 (pedido por correo) por medicamento recetado , el deducible no se aplica	Sin cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al por menor) y hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos
	Medicamentos de marca no preferidos	\$80 (al por menor) y \$160 (pedido por correo) por medicamento recetado , el deducible no se aplica	Sin cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al por menor) y hasta un suministro de 90 días (pedido por correo). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos cuando se aprueba a través del proceso de excepciones
	Medicamentos especializados	\$100 (al por menor) por medicamento recetado , el deducible no se aplica	Sin cobertura	Hasta un suministro de 30 días (al por menor). Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos cuando se aprueba a través del proceso de excepciones
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro de atención (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa
	Honorarios del médico o cirujano	20 % de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20 % de coseguro	20 % de coseguro	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	20 % de coseguro	20 % de coseguro	Ninguna
	Atención de urgencia	\$60 por visita, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Los proveedores no participantes están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: \$60 por visita, el deducible no se aplica

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra Información importante
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro de atención (p. ej., habitación del hospital)	20 % de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa
	Honorario del médico o cirujano	20 % de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa
Si necesita servicios de salud mental, del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 por visita, el deducible no se aplica	Sin cobertura	\$5 por visita, el deducible no se aplica a las 3 primeras visitas ambulatorias combinadas para servicios de atención primaria, salud mental o del comportamiento, abuso de sustancias ni a otras visitas calificadas
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Se pueden aplicar copagos , coseguros o deducibles según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía)
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domicilio	20 % de coseguro	Sin cobertura	Se limita a 130 visitas por año. Se requiere autorización previa
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: \$40 por visita, el deducible no se aplica; paciente hospitalizado: 20 % de coseguro	Sin cobertura	Paciente ambulatorio: limitado a 40 visitas por terapia, por año. Se requiere autorización previa. Paciente hospitalizado: se requiere autorización previa
	Servicios de habilitación	\$40 por visita, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Se limita a 40 visitas por terapia por año. Se requiere autorización previa
	Atención de enfermería especializada	20 % de coseguro	Sin cobertura	Límite de 60 días al año. Se requiere autorización previa
	Equipo médico duradero	20 % de coseguro	Sin cobertura	Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cubiertos . Se requiere autorización previa
	Servicios de cuidados paliativos	Sin costo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Se requiere autorización previa

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor participante (usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor no participante (usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra Información importante
Si su hijo necesita servicios dentales o de cuidado de los ojos	Examen de los ojos para niños	\$20 por visita para examen de optometría, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Revisión dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
• anteojos para niños • atención dental (adultos y niños) • atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.	• cirugía estética • cuidado rutinario de los pies • cuidados a largo plazo	• enfermería privada • programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).		
• acupuntura (límite de 12 visitas por año) • atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año)	• audífonos (menores de 26 años: 1 audífono por oído, cada 36 meses) • cirugía bariátrica	• cuidado rutinario de los ojos (para adultos) • tratamiento para la esterilidad (límite de \$50,000 de por vida)

Su derecho a continuar con la cobertura: hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas formales o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). 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 brindan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) o en www.kp.org/memberservices (haga clic en "Español")
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de Oregon	1-888-877-4894 o https://dfr.oregon.gov/
Departamento de Atención Médica Administrada de Washington	1-800-562-6900 o www.insurance.wa.gov

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito tributario para primas](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito tributario para primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicios de Acceso en Distintos Idiomas:

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

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

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

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

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

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, á'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo el [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, en función de la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos del [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y a los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$800
- [Copago](#) para el [especialista](#) \$40
- [Coseguro](#) de hospital (centro de atención) 20 %
- [Copago](#) por otros servicios (análisis de sangre) 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$800
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es de	\$2,060

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$800
- [Copago](#) para el [especialista](#) \$40
- [Coseguro](#) de hospital (centro de atención) 20 %
- [Copago](#) por otros servicios (análisis de sangre) 20 %

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

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$30
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es de	\$230

La fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$800
- [Copago](#) para el [especialista](#) \$40
- [Coseguro](#) de hospital (centro de atención) 20 %
- [Copago](#) por otros servicios (radiografía) 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
[Atención en Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$800
Copagos	\$300
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$1,300

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discrimina o excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio limitado del inglés), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Brinda a las personas con discapacidad modificaciones razonables y servicios y dispositivos auxiliares adecuados sin costo alguno para comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - intérpretes calificados de lengua de señas;
 - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Si cree que Kaiser Health Plan no le brindó estos servicios o le discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator) por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de Derechos Civiles puede brindársela. Puede comunicarse con el coordinador de Derechos Civiles al:

Member Relations Department
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator
500 NE Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232-2099
Fax: **1-855-347-7239**

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) 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 teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: **1-800-368-1019**
TDD: **1-800-537-7697**

Puede encontrar los formularios de quejas en **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Para miembros de Washington:

También puede presentar una queja informal ante la Oficina del Comisionado de Seguros (Insurance Commissioner) del Estado de Washington de manera electrónica 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). Los formularios de quejas informales están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaint-information.aspx>.

Este aviso está disponible en <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice> (cambie el idioma a español).

Help in Your Language

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** 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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY: تلفن متنی: 711).

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

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (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。 **1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요 (TTY: 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (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. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- 711)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- 711)।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером 1 800 813 2000 (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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).