

Formulario de Cambios en la Cuenta

Washington

Condados de Clark y Cowlitz

Instrucciones

- Puede utilizar este formulario para realizar cambios en el plan o en una cuenta existente de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW). Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Conteste la Sección A con su información personal. Después, en la Sección B, elija qué cambios desea hacer y siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si agregará a un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que tenga el dependiente no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A o si está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de planes de KFHPNW. Si uno de los miembros de la familia tiene derecho a recibir Medicare Parte A o si está inscrito en Medicare Parte B, esa persona no es elegible para cambiar de planes de KFHPNW ni para que se le agregue a su plan de KFHPNW como dependiente nuevo.

A. Llene el formulario con su información

Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

Estado	Código postal	Condado	Teléfono (teléfono celular si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Dirección postal Marque esta casilla si es la misma que la dirección de residencia.

Ciudad

Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de correo electrónico

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

La versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.
The English version is the controlling document. The translated version is informational.

B. ¿Qué cambios desea 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 en un período de inscripción especial. Para realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-813-2000**.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar de plan. | <input type="checkbox"/> Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como suscriptor. |
| <input type="checkbox"/> Quiero agregar cobertura médica para un familiar. | <input type="checkbox"/> Quiero añadir cobertura dental para adultos (para miembros mayores de 19 años). |

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

Combinar cuentas

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

- Quiero agregar a mi cuenta a familiar(es) que ya tienen un plan de Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará su plan existente.
(Indique qué familiares pasarán a su cuenta en la Sección C).

Cancelación de cuenta

Nombre	Nombre	Inicial del segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	
Número de historia clínica del suscriptor para la cancelación de la cuenta	<input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa)
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Suscriptor, padre, madre o tutor legal para la cancelación de la cuenta		

Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año. (Nota: Para estos cambios, puede omitir las secciones D y E).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura médica o la de un familiar. | <input type="checkbox"/> Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio). |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos. | <input type="checkbox"/> Alguien de mi cuenta dejó de consumir tabaco. (Indique el familiar en la Sección C). |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos. | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura dental para adultos. |

Fecha de entrada en vigor solicitada (no garantizada)

/ / (mm/dd/aaaa)

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Cónyuge o pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental para adultos

- Cambio de nombre

Nombre	Nombre	Inicial del segundo nombre	Elija una opción:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica
Apellido	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de Seguro Social (si corresponde)	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. Sí No

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si tiene más de 3 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y llene la información de esos dependientes.

Dependiente 1	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental para adultos
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/>
Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Dependiente 2	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental para adultos
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/>
Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Dependiente 3	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental para adultos
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental para adultos
<input type="checkbox"/> Cambio de nombre		
Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/>
Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

D. Elija su período de inscripción

Seleccione una opción: Inscripción abierta (vaya a la Sección E) Un período de inscripción especial (siga con esta sección)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones debido a que las fechas de vigencia pueden variar según el evento. **También se requiere un comprobante de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-255-5169** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

- | | |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura de salud mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*</p> <p>¿Perdió la cobertura con nosotros (KFHPNW) que le proporcionó su empleador?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es así, tiene 2 opciones para continuar con su cobertura con nosotros.</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura que comienza automáticamente el día después de que finaliza la cobertura de su empleador.</p> <p><input type="checkbox"/> Cobertura que comienza con base en la fecha en la que recibimos su solicitud. Consulte "Pérdida de la cobertura médica esencial mínima" en kp.org/inscripcionespecial para obtener más información.</p> <p><input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica</p> <p><input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza</p> <p>Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:</p> <p><input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidado de crianza</p> <p><input type="checkbox"/> El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted</p> | <p><input type="checkbox"/> Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente</p> <p>Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:</p> <p><input type="checkbox"/> La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente</p> <p><input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal</p> <p><input type="checkbox"/> Traslado permanente con acceso a nuevos planes</p> <p><input type="checkbox"/> Determinación de Washington Healthplanfinder para circunstancias excepcionales</p> <p><input type="checkbox"/> Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA)</p> <p><input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Interrupción de la contribución del empleador a la prima de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)</p> |
|--|---|

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

*Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de KFHPNW, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió la cobertura.

E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o agregar una cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. Todos los familiares que incluyó en la Sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, presente un formulario para cada plan por separado.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> KP WA Bronze 9100/75 con Pediatric Dental | <input type="checkbox"/> KP WA Silver 3200/35% HSA con Pediatric Dental |
| <input type="checkbox"/> KP WA Bronze 7100/0% HSA con Pediatric Dental | <input type="checkbox"/> KP WA Silver 750/35 con Pediatric Dental |
| <input type="checkbox"/> KP WA Bronze 6000/50 con Pediatric Dental | <input type="checkbox"/> KP WA Gold 1750/20 con Pediatric Dental |
| <input type="checkbox"/> KP WA Silver 4500/50 con Pediatric Dental | <input type="checkbox"/> KP WA Gold 0/15 con Pediatric Dental |

F. Elija su plan de atención dental

Si desea agregar cobertura dental para adultos, elija su plan de atención dental:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> KP WA Adult Dental 100 | <input type="checkbox"/> KP WA Adult Dental 80 |
|---|--|

G. Firme el formulario

- Es un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones van desde la denegación de los beneficios del seguro, hasta multas y encarcelamiento. Reconozco con mi firma que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta.
- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario que cambiará de plan o se agregará como dependiente tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Si trabajé con un productor, entiendo que el productor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$18 para planes de salud y de \$2.50 para planes de atención dental por miembro por mes, más un bono potencial. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir correos electrónicos y comunicaciones por mensajes de Kaiser Permanente.

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

Enviar por correo postal a: Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193

O por fax a:
Administración de Membresías
al **1-855-355-5334**

¿Tiene alguna pregunta?
Llame al 1-800-813-2000 (TTY 711)

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232.

Aviso de No Discriminación

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

- Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, como impreso en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas

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

Si cree que Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o lo discriminó de otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal con nuestro coordinador de derechos civiles por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede brindársela. Puede comunicarse con nuestro coordinador de derechos civiles por correo a: 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 de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica por medio 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 20201, teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Para miembros de Washington

También puede presentar una queja con la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington de manera electrónica por medio 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 están disponibles en

<https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Help in Your Language

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

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት 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. با **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: បើសិនជាអ្នកនិយាយ សាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្លួល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ 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) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYEEFFANNA: 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) ATENCIÓN: 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**).

