

Solicitud de cobertura médica

Individual and Family Plans

 ¿Quién puede usar esta solicitud?	Con esta solicitud, usted puede solicitar un plan de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW). • Si desea obtener cobertura para su familia dentro del mismo plan de KFHPNW, llene una solicitud para la familia. Si un miembro de su familia desea un plan de salud o de atención dental diferente, tendrá que llenar una solicitud por separado. • Para ser elegible para recibir la cobertura de KFHPNW, debe vivir en nuestra área de servicio del suroeste de Washington.
 ¿Quién no debe usar esta solicitud?	• Si usted o alguno de los dependientes para los que presenta la solicitud tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no podrá solicitar una cobertura nueva de KFHPNW. Visite kp.org/medicare (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar la cobertura de Medicare. • Si califica para obtener asistencia financiera federal y desea ayuda para pagar los copagos, los coseguros, los deducibles o las primas, no llene esta solicitud. Debe solicitar la cobertura a través de Washington Healthplanfinder en wahealthplanfinder.org (haga clic en "Español"). • Si ya es miembro de KFHPNW, no use este formulario. Para hacer cambios en su cuenta, llame al 1-800-813-2000.
 Cosas que debe recordar	• Si presenta la solicitud durante el período de inscripción abierta, la fecha en la que recibimos su solicitud puede cambiar su fecha de vigencia: por lo general, será el 1 de enero si presenta la solicitud antes del 15 de diciembre. • Si presenta la solicitud durante un período de inscripción especial, visite kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 para recibir instrucciones. • Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede hacer la solicitud más rápido en línea en buykp.org/apply (haga clic en "Español"). • Responda todas las preguntas y escriba en la computadora o en letra de imprenta usando tinta únicamente. Deje un recuadro vacío entre cada palabra y agregue un guion en el recuadro para los nombres compuestos. • Recuerde que, si se va a inscribir en un nuevo plan, no se cancelará automáticamente ninguna otra cobertura que tenga. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura. • Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele, envíe cada página de la solicitud completa y firmada con todas las firmas requeridas y una prueba de su evento calificado de vida (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) (si se requiere). Envíe estos documentos por correo a: Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921 O por fax de manera segura al: 1-855-355-5334 Nota: Los cheques deben enviarse por correo y no por fax.
 ¿Necesita ayuda?	• Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al 1-800-494-5314 (TTY 711). • Le brindaremos asistencia en su idioma sin costo. • Si está trabajando con un productor, llámele para obtener ayuda.

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.

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.

PASO 1: Elija su período de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta (vaya al paso 2) ☐ Un período de inscripción especial (siga con este paso)

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 1-800-494-5314 para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

- ☐ Pérdida de cobertura de salud mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*

¿Perdió la cobertura con nosotros (KFHPNW) que le proporcionó su empleador?

☐ Sí ☐ No

Si es así, tiene 2 opciones para continuar con su cobertura con nosotros.

☐ Cobertura que comienza automáticamente el día después de que finaliza la cobertura de su empleador.

☐ 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.

☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica

☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza

Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:

☐ La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidado de crianza.

☐ El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted.

☐ Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente.

Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:

☐ La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente.

☐ El primer día del mes posterior a la orden del tribunal

☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes

☐ Determinación de Washington Healthplanfinder para circunstancias excepcionales.

☐ 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)

☐ Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar

☐ Interrupción de la contribución del empleador a la prima de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)

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.

PASO 2: Elija su plan de salud

Elija un plan de salud. Si algún familiar va a solicitar un plan de salud diferente, debe presentar un formulario de solicitud por separado para cada plan.

Bronze	Silver	Gold
☐ KP WA Bronze 8900/75 with Pediatric Dental ☐ KP WA Bronze 6900/0% HSA with Pediatric Dental ☐ KP WA Bronze 6000/50 with Pediatric Dental	☐ KP WA Silver 4500/50 with Pediatric Dental ☐ KP WA Silver 3000/35% HSA with Pediatric Dental ☐ KP WA Silver 750/30 with Pediatric Dental	☐ KP WA Gold 2000/20 with Pediatric Dental ☐ KP WA Gold 0/20 with Pediatric Dental

Para obtener información sobre los beneficios de salud y dentales y las limitaciones, los montos de los costos compartidos y las primas, revise los detalles en sus materiales de inscripción. Para solicitar una copia de la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* de un plan específico, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llame al 1-800-813-2000 o comuníquese con su productor.

PASO 3: Elija su plan de atención dental opcional para adultos

La cobertura dental está incluida en su plan de salud para todos los miembros menores de 18 años. También ofrecemos un plan de atención dental opcional para adultos mayores de 19 años con un cargo adicional mensual.

- ☐ Sí. Deseo inscribirme en un plan de atención dental.

☐ No. No estoy interesado en recibir cobertura dental.

Si lo desea, seleccione su plan de atención dental.

☐ KP WA Dental 100

☐ KP WA Dental 80

Solicitante principal	En un plan individual, el solicitante principal es la persona que tendrá la cobertura del plan de salud. En un plan familiar, el solicitante principal es el miembro de la familia inscrito en el plan de salud que está autorizado a realizar cambios a la cuenta. Si esta solicitud es solo para un niño menor de 18 años, el niño es el solicitante principal.
------------------------------	---

Nombre										Inicial del segundo nombre										Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)																			
Apellido																																							
Número de historia clínica anterior (si corresponde)										Estado (si corresponde)										Sexo:										Número de Seguro Social (si corresponde)									
																				☐ Hombre ☐ Mujer																			
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)																																							
Ciudad																																							
Estado										Código postal										Condado										Teléfono (teléfono celular si está disponible)									
Dirección de facturación (si es diferente a la dirección residencial)																																							
Ciudad																																							
Estado										Código postal										Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)										Idioma que prefiere leer (si no es inglés)									
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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Complete esta sección si el solicitante principal es un niño menor de 18 años.
El padre o tutor legal debe ser mayor de 18 años.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
		/ /
Apellido		
Sexo:	Número de Seguro Social (si corresponde)	
☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar	- -	
Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)	Idioma que prefiere leer (si no es inglés)	

Una pareja doméstica es una persona registrada y reconocida legalmente como su pareja doméstica ante el estado de Washington.

Elija una opción:

[illegible]

--	--

☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica

[illegible]

□ □ / □ □ / □ □ □ □

Número de Seguro Social (si corresponde)

63 - 28 =

☐ Prefiere no especificar
$$\boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{}$$

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

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela junto con su solicitud.

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

A horizontal number line with 20 equal intervals, labeled from 0 to 19.

--	--

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

[illegible]

Número de Seguro Social (si corresponde)

A horizontal row of ten small square boxes followed by a minus sign and another two small square boxes.

☐ Prefiere no especificar
$$\boxed{} \boxed{} \boxed{} - \boxed{} \boxed{} - \boxed{} \boxed{} \boxed{} \boxed{}$$
[illegible]

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

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

A horizontal number line with 15 equal intervals, labeled from 0 to 15.

--	--

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

[illegible]

Número de Seguro Social (si corresponde)

☐ Prefiere no especificar

$$\begin{array}{|c|c|c|} \hline & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array}$$

[illegible]

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

Dependientes que recibirán cobertura

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela junto con su solicitud.

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

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde) Estado (si corresponde) Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar Número de Seguro Social (si corresponde) - -

Relación con el solicitante principal

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

PASO 5: Elija un representante autorizado (si tiene uno)

Puede autorizar a un amigo de confianza o a un pariente para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información o para que actúe en su nombre solo en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta persona se conoce como el representante autorizado.

Nombre Inicial del segundo nombre

Apellido Teléfono (teléfono celular si está disponible) - -

Al firmar, usted nombra a esta persona como su representante autorizado legalmente para obtener información oficial sobre esta solicitud y para actuar en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud.

X Fecha (mm/dd/aaaa) / /

Solicitante principal (padre o tutor legal para niños menores de 18 años)

PASO 6: Firme el acuerdo de solicitud

Importante: El solicitante principal debe leer, firmar y anotar la fecha a continuación. Si el solicitante principal es menor de 18 años, el padre o tutor legal deberá firmar. Al firmar, el padre o tutor legal se compromete a pagar todas las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles de todos los solicitantes mencionados en esta solicitud. Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si falta la firma, cancelaremos la solicitud. Para ser elegible para recibir la cobertura de KFHPNW, ni usted ni ninguno de los dependientes por los que presenta la solicitud puede tener derecho a recibir Medicare Parte A ni estar inscritos en Medicare Parte B.

- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B.
- En caso de haber trabajado con un productor, autorizo a KFHPNW a compartir con ellos la información de inscripción y de cancelación de la afiliación proporcionada en esta solicitud. Entiendo que el productor o representante de Kaiser Permanente puede recibir pagos financieros y no financieros de parte de KFHPNW porque me ayudó con esta solicitud.
- 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.
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que puedo recibir correos electrónicos y comunicaciones por mensajes de Kaiser Permanente.

X Fecha (mm/dd/aaaa) / /

Solicitante principal (padre o tutor legal para niños menores de 18 años)

PASO 7: Ingrese los datos para el pago del primer mes**Información de pago**

Nombre de la persona responsable de los pagos

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Opciones de pago (elija una) ☐ Transferencia electrónica ☐ Cheque ☐ Giro postal ☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito**Si es transferencia electrónica, seleccione el tipo de cuenta:** ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a aceptar esta transferencia del monto de la prima del primer mes de mi cuenta de cheques o de ahorros después de que KFHP procese mi solicitud.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la cuenta

Si es cheque o giro postal

Escriba el nombre del solicitante principal en el cheque. Envíe el pago por correo junto con su solicitud a la dirección que se menciona en la página 1.

Para pagar con tarjeta de crédito o débito, llene la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de la tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Pagos mensuales automáticos (opcional)

Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite kp.org/payonline (en inglés) o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-866-291-4010.

¿Desea registrarse para hacer pagos mensuales automáticos?

☐ Sí

☐ Deseo registrar un nuevo método de pago. (Llene esta página).

☐ Deseo usar el mismo método de pago del pago del primer mes. (Sáltese esta página).

☐ No, no deseo hacer pagos mensuales automáticos. (Sáltese esta página).

Nombre de la persona responsable de los pagos

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección de facturación

Ciudad

Estado

Código postal

Opciones de pago automático (elija una) ☐ Transferencia electrónica ☐ Tarjeta de crédito (no puede usar tarjetas de débito)

Si es transferencia electrónica, seleccione el tipo de cuenta: ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a aceptar esta transferencia de mi cuenta de cheques o cuenta de ahorros.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la cuenta

Para pagar con tarjeta de crédito, llene la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta como aparece en la tarjeta

Número de la tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Para solicitantes que trabajen con un productor o representante de Kaiser Permanente

Si un productor o un representante de Kaiser Permanente (empleado) le ayudó a decidir en qué plan inscribirse o le ayudó a llenar esta solicitud, asegúrese de que el representante complete esta página.

El productor puede recibir un pago monetario u otra compensación por parte de Kaiser Permanente en relación con su compra de 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).

Nota: Las primas son las mismas, independientemente de si utiliza o no los servicios de un productor o de un representante de Kaiser Permanente.

Esta parte debe completarla su productor o representante después de que usted haya llenado la solicitud:

Agency name

Agency ID number

Producer or Kaiser Permanente representative (first, middle, last)

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente–appointed ID number

National producer number (NPN)

Phone (mobile phone if available)

Fax

Email address

I (the producer or Kaiser Permanente representative) haven't misrepresented any provisions, benefits, conditions, or limitations of the *Evidence of Coverage* from written materials provided by KFHPNW. I have informed the applicant that the effective date of coverage is assigned based on when KFHPNW receives their application. I certify that I have accurately and truthfully communicated the information given to me by the applicant on this application.

☐ Yes ☐ No

X

Producer or Kaiser Permanente representative

Date (mm/dd/yyyy)

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) ማሳሰቢያ: 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អៗ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ជូរ 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) ໂປດຊານ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: 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)**.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

