





# Solicitud de cobertura médica

## Individual and Family Plans

 <p><b>¿Quién puede usar esta solicitud?</b></p>	<p>Con esta solicitud, usted puede solicitar un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si desea obtener cobertura para su familia dentro del mismo plan de KPIF, llene una solicitud para la familia. Si un miembro de la familia desea un plan de salud diferente, esa persona tendrá que llenar una solicitud por separado.</li> <li>• Para ser elegible para recibir la cobertura de KPIF, debe vivir en nuestra área de servicio de Maryland.</li> </ul>
 <p><b>¿Quién no debe usar esta solicitud?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted o alguno de los dependientes por los que presenta la solicitud tienen derecho a recibir Medicare Parte A o están inscritos en Medicare Parte B, entonces usted o alguno de los dependientes no son elegibles para la cobertura de KPIF. Visite <a href="http://kp.org/medicare">kp.org/medicare</a> (en inglés) para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar cobertura de Medicare.</li> <li>• 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 Maryland Health Connection en <a href="http://marylandhealthconnection.gov/espanol">marylandhealthconnection.gov/espanol</a>.</li> <li>• Si ya es miembro de KPIF, no use este formulario. Para hacer cambios en su cuenta, llame al <b>1-866-410-7536</b>.</li> </ul>
 <p><b>Cosas que debe recordar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si hace la solicitud durante el periodo 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 hace la solicitud antes del 15 de diciembre.</li> <li>• Si hace la solicitud durante un periodo de inscripción especial, vaya a <a href="http://kp.org/inscripcionespecial">kp.org/inscripcionespecial</a> o llame al <b>1-800-494-5314</b> para saber qué comprobantes debe presentar y cuándo será la fecha de vigencia de su plan.</li> <li>• Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede hacer la solicitud más rápido en línea en <a href="http://buykp.org/apply">buykp.org/apply</a> (haga clic en "Español").</li> <li>• 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.</li> <li>• Recuerde: si se va a inscribir en un nuevo plan, no se cancelará automáticamente ninguna otra cobertura que tenga. Para evitar pagar 2 primas o tener una interrupción en la cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.</li> <li>• Envíe todas las páginas de esta solicitud. <b>Si su solicitud está incompleta, no está firmada, no incluye el pago del primer mes o el comprobante requerido del evento calificado de vida (si corresponde), es posible que se cancele.</b> Envíela por correo a: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kaiser Permanente for Individuals and Families</li> <li>P.O. Box 23219</li> <li>San Diego, CA 92193-9921</li> <li>O envíela por fax de manera segura al <b>1-855-414-2796</b></li> <li>Nota: Los cheques deben enviarse por correo y no por fax.</li> </ul> </li> </ul>
 <p><b>¿Necesita ayuda?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al <b>1-800-670-5420</b>. Para TTY, llame al <b>711</b>.</li> <li>• <b>Le brindaremos asistencia en su propio idioma sin ningún costo.</b></li> <li>• Si trabaja con un corredor de seguros, llámelo para obtener ayuda.</li> </ul>

Todos los planes son ofrecidos y están garantizados por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.



## PASO 1: Díganos cuándo va a presentar la solicitud

Seleccione una opción:  Inscripción abierta (**vaya al Paso 2**)  Un periodo de inscripción especial (siga con este paso)

Elija el evento de vida que lo hizo elegible para un periodo de inscripción especial (elija solo una opción):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura de atención médica (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*   | <input type="checkbox"/> Por una orden de manutención de hijos u otra orden judicial para dar cobertura a un dependiente               |
| <input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio  | <input type="checkbox"/> Traslado permanente   |
| <input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, cuidados de crianza o puesta en adopción o cuidados de crianza | <input type="checkbox"/> Cambio de la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal por medio de Maryland Health Connection† |
| <b>Nota:</b> La vigencia de la cobertura comienza a partir de la fecha de nacimiento, adopción, cuidados de crianza o puesta en adopción o cuidados de crianza                       | <input type="checkbox"/> Cambio de elegibilidad para la cobertura de salud proporcionada por el empleador                              |
| <input type="checkbox"/> Dejar de tener un dependiente por divorcio o separación legal   | <input type="checkbox"/> Determinación de Maryland Health Connection   |
| <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor o de un dependiente   | <input type="checkbox"/> Cambio de elegibilidad para una cuenta de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Account, HRA)     |
|  | <input type="checkbox"/> Embarazo confirmado por un profesional del cuidado de la salud  |

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

**Se requiere un comprobante de elegibilidad.** Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) o llame al **1-800-494-5314** para obtener más información.

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

†Si usted recibirá asistencia financiera federal, no use este formulario. Podemos ayudarle a presentar una solicitud en [marylandhealthconnection.gov/espanol](http://marylandhealthconnection.gov/espanol).

## PASO 2: Elija su plan de salud

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

Bronze	Silver	Gold	Platinum
<input type="checkbox"/> KP MD Bronze 6200/20%/HSA/ Dental	<input type="checkbox"/> KP MD Silver 6000/40/ Dental/Off	<input type="checkbox"/> KP MD Gold 1500/20/ Dental	<input type="checkbox"/> KP MD Platinum 0/10/ Dental
<input type="checkbox"/> KP MD Bronze Value 6000/55/ Dental	<input type="checkbox"/> KP MD Silver 3200/20%/HSA/ Dental/Off	<input type="checkbox"/> KP MD Gold 1000/20/ Dental	
	<input type="checkbox"/> KP MD Silver Value 2500/35/ Dental/Off	<input type="checkbox"/> KP MD Gold Value 0/20/ Dental	

### Plan Catastrophic

Para adquirir un plan Catastrophic, los solicitantes deben tener menos de 30 años de edad en la fecha de vigencia o proporcionar un certificado de exención que demuestre dificultades económicas o la falta de cobertura asequible. No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si usted es mayor de 30 años. Para saber si califica, vaya a [marketplace.cms.gov/applications-and-forms/hardship-exemption.pdf](http://marketplace.cms.gov/applications-and-forms/hardship-exemption.pdf) (en inglés) y siga las instrucciones.

- KP MD Catastrophic 8150/0/Dental

Para obtener información sobre los beneficios y las limitaciones de salud y dentales, los montos de los costos compartidos y las primas, consulte los detalles en su material de inscripción. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía y Evidencia de Cobertura* (Membership Agreement and Evidence of Coverage) de un plan en particular, visite [kp.org/plandocuments](http://kp.org/plandocuments) (en inglés), llame al **1-800-777-7902**, o comuníquese con su corredor de seguros.

## PASO 3: Elija su plan dental opcional para adultos

La cobertura dental pediátrica está incluida en su plan de salud para miembros hasta el final del mes en el que el miembro cumple 19 años de edad. La atención dental preventiva para adultos también está incluida para miembros mayores de 19 años. También ofrecemos un plan dental opcional para adultos mayores de 19 años con un cargo adicional mensual.

- Sí. Deseo inscribirme en el plan dental opcional para adultos.  
 No. No estoy interesado en recibir cobertura dental opcional para adultos.

**PASO 4: Ingrese su información****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

Número de Seguro Social (si corresponde)

 -  - 

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica (si corresponde)

 - 

Estado (si corresponde)

Sexo:

 Hombre Mujer

Teléfono

 -  - 

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

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

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 (opcional) *Entiendo que Kaiser Permanente puede comunicarse conmigo por correo electrónico.*

**Padre o tutor legal** (si el solicitante principal es un niño menor de 18 años)

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de Seguro Social (si corresponde)

 -  - 

Sexo:

 Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Solicitante principal

### Cónyuge o pareja doméstica que recibirá cobertura

Una pareja doméstica es la persona registrada y reconocida legalmente como su pareja doméstica ante Maryland.

Nombre

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

 - 

Estado (si corresponde)

Sexo:

 Hombre  Mujer

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

 Cónyuge  
 Pareja doméstica

Número de Seguro Social (si corresponde)

 -  - 

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 /  / 

### Dependientes que recibirán cobertura

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

1 Nombre

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

 - 

Estado (si corresponde)

Sexo:

 Hombre  Mujer

Inicial del segundo nombre

Número de Seguro Social (si corresponde)

 -  - 

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Relación con el solicitante principal

2 Nombre

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

 - 

Estado (si corresponde)

Sexo:

 Hombre  Mujer

Inicial del segundo nombre

Número de Seguro Social (si corresponde)

 -  - 

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Relación con el solicitante principal

3 Nombre

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

 - 

Estado (si corresponde)

Sexo:

 Hombre  Mujer

Inicial del segundo nombre

Número de Seguro Social (si corresponde)

 -  - 

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Relación con el solicitante principal

Solicitante principal

### 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

 -  - 

**Al firmar, usted designa a esta persona como su representante legal autorizado para que obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en cuestiones relacionadas con esta solicitud.**

Fecha (mm/dd/aaaa)

 /  / 

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

## PASO 6: Firme el acuerdo de solicitud

**Importante:** Todos los solicitantes y dependientes mayores de 18 años deben leer, firmar y escribir 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 faltan firmas, cancelaremos la solicitud. Si hay más de 3 dependientes mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales. Para ser elegible para la cobertura de KPIF, ni usted ni ninguno de los dependientes por los que presenta la solicitud pueden tener derecho a recibir Medicare Parte A ni estar inscritos en Medicare Parte B.

- Entiendo que, si cometo fraude o hago una declaración falsa y de manera intencional sobre un hecho material, es posible que Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Plan de Salud) niegue o rescinda la cobertura tanto para mí como para todos mis dependientes a partir de la fecha del fraude o de la declaración falsa de manera intencional de un hecho material. Recibiré un aviso previo con 30 días de antelación por parte del Plan de Salud antes de que se rescinda la cobertura. En caso de que rescinda la cobertura, estoy de acuerdo en ser responsable de los costos médicos que haya incurrido el Plan de Salud y que el Plan de Salud puede reducir dichos costos de las primas que hayan sido pagadas. Si los gastos médicos superan el monto de la prima que se pagó, acepto hacerme responsable del pago de la diferencia ante el Plan de Salud.
- Si tiene alguna pregunta respecto a los beneficios y servicios que se proporcionan o que se excluyen en este contrato, comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros al 1-800-777-7902 antes de firmar esta solicitud.
- **ADVERTENCIA: TODA PERSONA QUE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE FORMA INTENCIONAL PARA SOLICITAR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA DE FORMA INTENCIONAL EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE COMETER UN DELITO Y ES POSIBLE QUE ESTÉ SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO.**
- Confirmando que no tengo derecho a Medicare Parte A ni estoy inscrito en Medicare Parte B.

<b>X</b>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Solicitante principal (padre o tutor legal para niños menores de 18 años)	
<b>X</b>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Cónyuge o pareja doméstica	
<b>X</b>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
<b>X</b>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
<b>X</b>	<input type="text"/>	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Dependiente (de 18 años o mayor)	

## PASO 7: Ingrese los datos para el pago del primer mes

### Información de pago

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección

Ciudad

Estado Código postal

**Opciones de pago** (elija una)  Tarjeta de crédito  Tarjeta de débito  Transferencia electrónica  Cheque  Giro postal

**Si es tarjeta de crédito o débito**  Visa  MasterCard  Discover  American Express

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

**Si es transferencia electrónica**  Cuenta corriente  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 uno.

## Pagos mensuales automáticos (opcional)

Este servicio **opcional** le permite pagar sus primas mensuales automáticamente de forma electrónica el último día del mes (si el último día cae en un fin de semana o día festivo, el pago se procesará el día hábil siguiente). Si le gustaría inscribirse, llene su información a continuación. Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite [kp.org/payonline](http://kp.org/payonline) (en inglés) o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-777-7902**.

### ¿Desea utilizar el método de pago del primer mes para sus pagos automáticos?

Sí (omite esta página)  No (llene esta página)

Nombre de la persona responsable de los pagos

Inicial del segundo nombre



Apellido de la persona responsable de los pagos

Dirección de facturación

Ciudad

Estado Código postal

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

**Si es tarjeta de crédito**  Visa  MasterCard  Discover  American Express

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

**Si es transferencia electrónica**  Cuenta corriente  Cuenta de ahorros

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



Solicitante principal

## Para las personas que hagan su solicitud a través de un agente, un corredor de seguros o un representante de KPIF

Si hizo su solicitud a través de un agente, un corredor de seguros o un representante de KPIF, asegúrese de que él o ella llene esta página. Un representante de Kaiser Permanente incluye a cualquier agente, corredor de seguros o representante de KPIF que le ayudó a decidir en qué plan inscribirse o le ayudó a llenar la solicitud.

Nombre del agente/corredor de seguros/representante de KPIF

Inicial del segundo nombre

Apellido

El corredor de seguros designado puede recibir una compensación monetaria o no monetaria de parte de KPIF en relación con la compra de esta cobertura. Nota: Las primas son las mismas, independientemente de si utiliza o no los servicios de un agente, corredor de seguros o representante de KPIF.

Yo (el solicitante) autorizo al agente, corredor de seguros o representante de KPIF mencionado a continuación a compartir información de la inscripción y de la cancelación de la inscripción respecto a esta solicitud con Kaiser Permanente.

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

### To be completed by your Kaiser Permanente-appointed agent/broker/KPIF representative after completion of this application:

You must answer the following question by selecting Yes or No:

I assisted the applicant in submitting this application. To the best of my knowledge, the information on this application is complete and accurate.

I explained to the applicant, in easy-to-understand language, the risk to the applicant of providing inaccurate information, and the applicant understood the explanation.  Yes  No

Date (mm/dd/yyyy)

Agent/Broker/KPIF representative

Agent/Broker (first, middle, last) (please print)

Address

City

State ZIP code

National producer number (NPN)

Phone

Fax

Kaiser Permanente-appointed broker ID

Firm name

Firm ID number

General agency name

General agency ID number

Broker firm's federal tax ID number

General agency's federal tax ID number

Email address

KPIF representative (first, middle, last) (please print)

KPIF representative's license number

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados
  - información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo o por teléfono en: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

---

## AYUDA EN SU IDIOMA

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

**አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)።

**العربية (Arabic) ملحوظة:** إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**) .

**Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo:** ɔ jũ ké ñ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin ñ gbo kpáa. Đá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

**বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন:** যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: 711)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902** (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**ગુજરાતી (Gujarati) સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**हिन्दी (Hindi) ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Igbo (Igbo) NRUBAMA:** O buru na i na asu Igbo, oru enyemaka asusu, n'efu, diji gi. Kpoo **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Italiano (Italian) ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (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。**1-800-777-7902** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin:** Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíílnih **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Português (Portuguese) ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**ไทย (Thai) เรียน:** ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**اردو (Urdu) خبردار:** اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: 711).

**Yorùbá (Yoruba) AKIYESI:** Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902** (TTY: 711).

