

## Instrucciones del formulario de solicitud de inscripción individual

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.

2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852



KAISER PERMANENTE®

kp.org/medicare



¿Ha pensado en inscribirse en [kp.org/enrollonline](https://kp.org/enrollonline)? Es una manera rápida, segura y fácil de inscribirse.

También puede hablar con alguien de Servicios para Miembros que le ayudará a inscribirse por teléfono: **1-888-777-5536** (TTY **711**) los siete días a la semana, entre las 8 a. m. y las 8 p. m.

### Cómo completar este formulario

1. Responda todas las preguntas y escriba las respuestas en letra de molde con tinta negra o azul. Marque las casillas de verificación con una X.
2. Firme el formulario de la página 7 y escriba la fecha. **Asegúrese de haber leído todas las páginas antes de firmar.**
3. Haga una copia para sus registros.
4. Envíe el formulario original firmado por correo a: Kaiser Permanente – Medicare Unit  
P.O. Box 232407  
San Diego, CA 92193-9914

### Próximos pasos

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo. Luego le haremos saber por correo que lo hemos recibido.
- Le comunicaremos a Medicare que usted ha presentado su solicitud para Medicare Plus.
- Dentro de 10 días calendario luego de que Medicare confirme que usted es elegible, le informaremos cuándo comienza su cobertura. Más adelante le enviaremos una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente e información para miembros nuevos.

**Advertencia para residentes de MD:** Cualquier persona que presente a sabiendas y voluntariamente una reclamación de pago falsa o fraudulenta de una pérdida o beneficio o que presente a sabiendas o voluntariamente información falsa en una solicitud de seguro médico es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**Advertencia para residentes de VA:** Cualquier persona que presente a sabiendas una reclamación de pago falsa o fraudulenta de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro médico puede haber violado la ley estatal.

En el Distrito de Columbia, Kaiser Permanente es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. En Maryland, Kaiser Permanente es un plan Cost y un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. En Virginia, Kaiser Permanente es un plan Cost que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

Nombre

Número de historia clínica de Kaiser Permanente

**Para inscribirse en Kaiser Permanente Medicare Plus, sírvase proporcionar la siguiente información:**

**Marque el plan en el que le gustaría inscribirse.**

**Kaiser Permanente Medicare Plus plans with Part D prescription drug coverage**

- Medicare Plus High Option with Part D Prescription drug coverage for people with Medicare Parts A and B (Cost) \$142 al mes\*
- Medicare Plus Standard Option with Part D Prescription drug coverage for people with Medicare Parts A and B (Cost) \$36 al mes\*
- Medicare Plus Basic Option with Part D Prescription drug coverage for people with Medicare Parts A and B (Cost) \$60 al mes\*
- Medicare Plus Standard Option with Part D Prescription drug coverage for people with Medicare Part B only (Cost) \$481 al mes\*
- Medicare Plus Basic Option with Part D Prescription drug coverage for people with Medicare Part B only (Cost) \$479 al mes\*

**Kaiser Permanente Medicare Plus plans without Part D prescription drug coverage**

- Medicare Plus High Option without prescription drug coverage for people with Medicare Parts A and B (Cost) \$105 al mes\*
- Medicare Plus Standard Option without prescription drug coverage for people with Medicare Parts A and B (Cost) \$25 al mes\*
- Medicare Plus Basic Option without prescription drug coverage for people with Medicare Parts A and B (Cost) \$10 al mes\*
- Medicare Plus Basic Option without prescription drug coverage for people with Medicare Part B only (Cost) \$422 al mes\*

**Advantage Plus (paquete opcional de beneficios suplementarios):**

¿Desea agregar Advantage Plus a su plan Medicare Plus\*? El paquete Advantage Plus es opcional. Por un adicional de \$23 por mes, puede agregar más beneficios (beneficios dentales, auditivos y de anteojos integrales). La prima mensual para Advantage Plus se agregará a su prima mensual de Medicare Plus.

Sí     No

Advantage Plus no está disponible para los siguientes planes Medicare Plus (Cost):  
Basic with D AB, Basic with D B Only, Basic without D AB, Basic without D B Only.



60620712

Nombre

Indique la fecha de entrada en vigencia solicitada en la inscripción (mm/dd/aaaa)  /  /

APELLIDO:

Sr.  Sra.  Srta.

NOMBRE:

Inicial del segundo nombre:

Sexo:

M  F

Número de teléfono fijo:

-  -

Número de teléfono alternativo:

-  -

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)

/  /

Dirección de residencia permanente (No se permiten apartados postales):

Ciudad:

Condado:

Estado: Código postal:

**Dirección postal** (solo si es distinta a su dirección de residencia permanente):

Dirección:

Ciudad:

Estado: Código postal:

**Dirección de correo electrónico:**

**Proporcione su información del seguro de Medicare**

Utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare
- 
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o una carta de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Debe tener Medicare Part B para inscribirse en un plan Medicare Cost.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene derecho a:

HOSPITAL (Part A)

Fecha de entrada en vigencia:

/  /

MEDICAL (Part B)

/  /

Nombre 

### Opciones de pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que deba) por correo todos los meses. También puede elegir pagar la prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario todos los meses. Si se determina que debe pagar un monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos de la Parte D, la Administración de Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima mensual. Este monto se le descontará de su cheque de beneficios de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario o Medicare lo facturará directamente. NO pague el monto adicional de la Parte D de ajuste mensual relacionado con sus ingresos a Kaiser Permanente.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda adicional (Extra Help) para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Además, aquellas personas que califican no tendrán una brecha de cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para más información sobre esta Ayuda adicional, contacte a su oficina de Seguro Social, o llame al: **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar su Ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para la Ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos recetados, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan para este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

### Elija una opción de pago de la prima:

Reciba una factura

**Luego de recibir su primera factura, puede elegir una opción de pago diferente.**

- Podemos deducirle su prima mensual automáticamente de su cuenta de banco. Llámenos al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los siete días de la semana, entre las 8 a. m. y las 8 p. m. para solicitar una solicitud de transferencia electrónica de fondos (EFT).
- Para pagar con tarjeta de crédito, visite [kp.org/payonline](http://kp.org/payonline) o llámenos al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los siete días de la semana, entre las 8 a. m. y las 8 p. m.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

#### Obtengo beneficios mensuales de:

Seguro Social       RRB

(Es posible que la deducción de Seguro Social/RRB demore dos meses o más en entrar en efecto luego de que Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque no incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienzan a descontarle las primas. Le enviaremos una factura en papel por todos los meses anteriores a la fecha en que empezaron a hacerle las deducciones de su cheque de Seguro Social/RRB. Si la Administración de Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

Nombre

**Lea y respondada estas preguntas importantes:**

1. ¿Sufre de insuficiencia renal crónica en fase terminal (ESRD)?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí" y ya no necesita diálisis regularmente, o ha recibido un trasplante exitoso de riñón, **adjunte una nota o registros** de su médico que demuestren que no necesita diálisis o que ha recibido un trasplante exitoso de riñón.

2. ¿Su cónyuge o pareja doméstica trabaja?  Sí  No

¿Tiene cobertura médica a través del empleador actual o anterior de su cónyuge o pareja doméstica?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Nombre del titular de la póliza

Número de póliza

3. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicare?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid

4. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, ya sea a través de un empleador o el empleador del cónyuge o pareja doméstica, TRICARE, Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales, Programa de beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tiene o tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de Kaiser Permanente Medicare Plus?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", enumere su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura      Nro. de ID para esta cobertura      Nro. de grupo para esta cobertura

**Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en un formato accesible:**

- Español     Braille

Comuníquese con Kaiser Permanente al **1-888-777-5536** si necesita información en un formato accesible o en otro idioma que no figura arriba. Nuestros horarios de atención son los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Lo usuarios de TTY deben llamar al **TTY 711**.

Nombre **Lea esta información importante**

**Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, inscribirse en Kaiser Permanente Medicare Plus podría afectar esos beneficios.** Si tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, inscribirse en Kaiser Permanente Medicare Plus y seleccionar el beneficio de Medicamentos recetados de Medicare podría modificar la forma en que funciona su cobertura actual. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web, o contacte a la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién tiene que contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

**Lea y firme la próxima página****Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Kaiser Permanente Medicare Plus es un plan de salud de Medicare y tendré que conservar mi Medicare Part B. Solo puedo estar en un plan de salud de Medicare a la vez. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. Sé que puedo cancelar mi inscripción a este plan en cualquier momento enviado una solicitud por escrito a Kaiser Permanente Medicare Plus o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Kaiser Permanente Medicare Plus atiende un área de servicio específica. Si me mudo del área que atiende Kaiser Permanente Medicare Plus, tengo que notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de Kaiser Permanente Medicare Plus, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago y servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento *Evidencia de cobertura* de Kaiser Permanente Medicare Plus cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para recibir cobertura con este plan de salud de Medicare.

Entiendo que desde la fecha en que comienza la cobertura de Kaiser Permanente Medicare Plus, para que esta cubra totalmente mis servicios médicos (a excepción de los servicios de emergencia o urgentes), toda la atención médica que recibo debe ser provista o programada por Kaiser Permanente Medicare Plus. Si obtengo servicios que no son provistos o programados por el plan, seré responsable de todos los deducibles y coseguros de Medicare, como también de cualquier cargo adicional según lo prescrito por el programa de Medicare. También soy responsable por los cargos no cubiertos por Medicare.

Los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos cuando salen del país, a excepción de la cobertura limitada en México y Canadá. Los servicios autorizados por Kaiser Permanente Medicare Plus y otros servicios que figuran en el documento *Evidencia de cobertura* de Kaiser Permanente Medicare Plus (también conocido como un contrato de membresía o acuerdo de suscripción) estarán cubiertos.

Nombre **Condiciones de inscripción al paquete opcional de beneficios suplementarios Advantage Plus**

Si marcó “Sí” para agregar el paquete opcional de beneficios suplementarios Advantage Plus en la página 1, lea la siguiente información.

**Al completar esta solicitud de inscripción:**

- Acepto agregar el paquete opcional de beneficios suplementarios Advantage Plus que me ofrece una cobertura integral de beneficios dentales, de audición y de artículos para la visión por \$23 por mes. Este monto se suma a las primas de Medicare y Kaiser Permanente Medicare Advantage o Medicare Plus.
- Entiendo que el paquete opcional de beneficios suplementarios agrega más beneficios a mi cobertura de Kaiser Permanente Medicare Advantage o Medicare Plus, y que puedo consultar los términos y condiciones en la *Evidencia de cobertura* de Kaiser Permanente Medicare Advantage o Medicare Plus.
- Entiendo que el paquete opcional de beneficios suplementarios Advantage Plus solo está disponible para miembros inscritos en Kaiser Permanente Medicare Advantage o Medicare Plus Individual Plan.\*
- Entiendo que debo obtener cuidados de proveedores de la red, a excepción de servicios de emergencia o de urgencia.
- Entiendo que puedo cancelar mi cobertura de Advantage Plus en cualquier momento. Si cancelo mi suscripción, no seré elegible para inscribirme de nuevo hasta el próximo periodo de elección anual de Advantage Plus para cobertura que tiene una fecha de inicio del 1 de enero de 2020.

*\*Advantage Plus no está disponible para los siguientes planes Medicare Plus (Cost):  
Basic with D AB, Basic with D B Only, Basic without D AB, Basic without D B Only.*

Nombre

**Divulgación de información:** Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y la prestación de atención médica. También reconozco que Kaiser Permanente Medicare Plus divulgará mi información, incluyendo información sobre mis medicamentos recetados a Medicare, quien podrá divulgarla con fines de investigación y otros que respeten todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. A mi leal saber y entender la información que figura en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que si de manera intencional proveo información falsa en este formulario, se cancelará mi suscripción al plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre en virtud de la ley estatal de donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de la misma. Si está firmado por una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal a completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a petición de Kaiser Permanente Medicare Plus o Medicare.

Su firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe proveer la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con la persona que se inscribe:

**Para uso oficial solamente:**

Nombre del miembro del personal  
(si lo ayudaron en la inscripción):

Nro. de identificación del plan:

IEP:

AEP:

SEP (tipo):



Nombre

**Testimonio de elegibilidad para un periodo de inscripción**

Por lo general, usted puede inscribirse en Medicare Prescription Drug Plan solo durante el periodo de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en Medicare Prescription Drug Plan fuera del periodo de inscripción anual.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla que corresponde en su caso. Al marcar cualquiera de estas casillas está certificando que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un periodo de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o hace poco me mudé y este plan es mi nueva opción. Me mudé el (inserte la fecha).  /  /
- Hace poco que salí de la cárcel. Salí el (inserte la fecha).  /  /
- Hace poco regresé a los Estados Unidos después de haber vivido de forma permanente en otro país. Regresé a los Estados Unidos el (inserte la fecha).  /  /
- Hace poco obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha).  /  /
- Hace poco tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, me cambiaron de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha).  /  /
- Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda adicional (Extra Help) para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve Ayuda adicional por primera vez, me cambiaron de nivel de asistencia de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional el (insertar fecha).  /  /
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) u obtengo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Vivo o hace poco me mudé de un Centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un hogar para ancianos o un centro de cuidados a largo plazo). Me mudé/mudaré a/del centro el (insertar fecha).  /  /
- Hace poco dejé un programa PACE el (insertar fecha).  /  /
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha).  /  /
- Voy a dejar la cobertura de mi empleador o sindicato el (insertar fecha).  /  /
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia provisto por el estado.

Nombre

- Mi plan va a finalizar su contrato con Medicare, o Medicare va a finalizar su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha). / /
- Fui afectado por una emergencia o una catástrofe importante relacionada con el clima (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FEMA). Una de estas declaraciones describe mi situación, pero no pude inscribirme debido a una catástrofe natural.

Si ninguna de estas declaraciones describe su situación o no está seguro, comuníquese con Kaiser Permanente Medicare Plus al **1-866-415-0785** para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-866-513-0008**.

# Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. 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 letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados
  - ◆ información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si considera que Kaiser Permanente no le proporcionó estos servicios o que lo discriminaron de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con nuestro coordinador de derechos civiles escribiendo a 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 o llamando a Servicio a los Miembros al número que se mencionó anteriormente. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a: 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 quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).



# Multi-language Interpreter Services

## English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## 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 **1-888-777-5536** (TTY: **711**)。

## Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-777-5536** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-777-5536** (телетайп: **711**).

## 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。**1-888-777-5536** (TTY:**711**) まで、お電話にてご連絡ください。

## Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

## Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-777-5536** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

## Amharic

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-888-777-5536** (መስማት ለተሳናቸው: **711**)።

## Farsi

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711) 1-888-777-5536 تماس بگیرید.

## Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذکر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-777-5536 (رقم هاتف الصم والبكم: -711).

## German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-777-5536 (TTY: 711).

## French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-777-5536 (ATS : 711).

## Yoruba

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-888-777-5536 (TTY: 711).

## Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-777-5536 (TTY: 711).

## Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-777-5536 (TTY: 711).

## Bengali

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-888-777-5536 (TTY: 711)।

## Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-888-777-5536 (TTY: 711).

## French Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-777-5536 (TTY: 711).

## Gujarati

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-777-5536 (TTY: 711).