

Kaiser Permanente Medicare Advantage (HMO)

Formulario de inscripción

Plan Individual de la Región de los Estados del Atlántico Medio



¿Ha pensado en mejor inscribirse en kp.org/enrollonline? Es una forma rápida, segura y fácil de presentar su solicitud.

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

Cómo llenar este formulario

1. Responda todas las preguntas y escriba sus respuestas con pluma de tinta negra o azul. Marque las casillas con una X.
2. Firme en la página 6 del formulario e incluya la fecha. **Asegúrese de leer todas las páginas antes de firmar.**
3. Haga una copia para sus archivos.
4. Envíe por correo el formulario original firmado a:
Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-9914

Siguientes pasos

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo. Luego, le informaremos por correo que lo recibimos.
- Informaremos a Medicare que usted solicitó inscribirse al plan Medicare Advantage.
- En un plazo de 10 días calendario después de que Medicare confirme su elegibilidad, le informaremos cuándo inicia su cobertura. Luego, le enviaremos una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente e información para los miembros nuevos.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Tiene que vivir en el área de servicio del plan de salud de Medicare de Kaiser Permanente en la que se inscriba.

Nombre

Número de Historia Clínica de Kaiser Permanente (para miembros actuales o anteriores)

Comuníquese con Kaiser Permanente si necesita información en otro idioma o en algún formato accesible (Braille).

Para inscribirse en Kaiser Permanente Medicare Advantage, proporcione la siguiente información
Marque el plan en el que desea inscribirse (tiene que vivir dentro de un área de servicio de Kaiser Permanente):

CIUDAD DE BALTIMORE y CONDADO DE BALTIMORE:

- Kaiser Permanente Medicare Advantage Value (HMO) - \$0 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard MD (HMO) - \$28 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD (HMO) - \$142 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage sin la Parte D (HMO) - \$30 al mes

MARYLAND:

- Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard MD (HMO) - \$28 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD (HMO) - \$142 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage sin la Parte D (HMO) - \$30 al mes

DISTRICT OF COLUMBIA:

- Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard DC (HMO) - \$30 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage High DC (HMO) - \$142 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage sin la Parte D (HMO) - \$30 al mes

VIRGINIA:

- Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA (HMO) - \$0 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA (HMO) - \$25 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage High VA (HMO) - \$142 al mes
- Kaiser Permanente Medicare Advantage sin la Parte D (HMO) - \$30 al mes

Advantage Plus (paquete de beneficios suplementarios opcionales):

¿También le gustaría agregar Advantage Plus a su plan Kaiser Permanente Medicare Advantage? El paquete Advantage Plus es opcional. Por \$25 adicionales al mes, puede agregar más beneficios (cobertura integral dental, de audición y de artículos para la visión). La prima mensual de Advantage Plus se agregará a su prima mensual de Medicare Advantage.

Sí No

Kaiser Permanente es un plan de una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **1-888-777-5536 (TTY 711)** para obtener más información.



Nombre

APELLIDO:

Sr. Sra. Srt.

NOMBRE:

Inicial del Segundo

Nombre:

Sexo: Hombre

Mujer

Número de Teléfono de su Casa:

Número de Teléfono Celular:

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa)

Dirección de la Residencia Permanente (no se permiten los Apartados Postales):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código Postal:

Dirección Postal (solo si es diferente a su Dirección Física Permanente)

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Dirección de Correo Electrónico:

Proporcione la Información de Su Seguro de Medicare

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

- Llene esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.

- O BIEN -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene Derecho a:

Fecha de Vigencia:

HOSPITAL (Parte A)

MÉDICO (Parte B)

Debe tener Medicare Parte A y Parte B para poder afiliarse a un plan Medicare Advantage.

Nombre

Pago de Su Prima

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que deba actualmente o que pudiera deber) por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima por medio de una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

La Administración del Seguro Social le informará si se le asignará un Monto de Ajuste Mensual de la Parte D debido a los Ingresos. Usted tendrá la responsabilidad de pagar este monto adicional más la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, Medicare o la RRB le facturará directamente. **NO pague a Kaiser Permanente el IRMAA de la Parte D.**

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para obtener Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos de venta con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos al periodo de intervalo en la cobertura ni a la penalización por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir este apoyo financiero y ni siquiera lo saben. Si desea obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de sus medicamentos de venta con receta de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos a usted el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago de la prima:

Factura

Después de que reciba su primera factura, podrá elegir una opción de pago diferente.

- Puede deducir su pago mensual automáticamente de su cuenta bancaria. Llámenos al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., y pida una solicitud de transferencia electrónica de fondos (EFT).
- Para pagar con tarjeta de crédito, visite kp.org/mas/onlinebilling o llámenos al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Es posible que la deducción del Seguro Social o de la RRB no se haga sino hasta dos o más meses después de que el Seguro Social o la RRB la autoricen. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud para que se haga la deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha en que entre en vigencia su inscripción hasta el momento en que se comience a retener los fondos. Si el Seguro Social o la RRB le deniega su solicitud para que se haga la deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

Nombre

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene Insuficiencia Renal Crónica en Fase Terminal (IRCT)? Sí No

Si le hicieron un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita hacerse diálisis de forma regular, **incluya una nota o los registros** de su médico que indiquen que le hicieron un trasplante de riñón con éxito o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura de medicamentos, incluidos otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios por parte del Departamento de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá usted cobertura adicional para medicamentos de venta con receta aparte de la de Kaiser Permanente? Sí No
Si contestó "sí", anote su cobertura adicional y sus números de identificación (ID) para dicha cobertura:

Nombre de otra cobertura:

N.º de identificación de esta cobertura:

N.º de grupo para esta cobertura:

3. ¿Vive en un centro de cuidados a largo plazo, como un hogar para ancianos? Sí No

Si contestó "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la Institución:

Dirección de la Institución (número y calle):

Número de Teléfono:

 - -

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su Estado? Sí No

Si contestó "sí", proporcione su número de Medicaid:

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si preferiría que le enviáramos la información en un idioma que no sea inglés o en otro formato accesible:

Español Letra Grande Braille CD

Llame a Kaiser Permanente al **1-888-777-5536** si necesita información en un formato accesible u otro idioma al que se mencionó anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.



Lea Esta Información Importante

Si tiene actualmente cobertura médica por parte de su empleador o sindicato, afiliarse al plan Kaiser Permanente podría afectar los beneficios que tiene por parte de su empleador o sindicato. Si se afilia al plan Kaiser Permanente Medicare Advantage, podría perder la cobertura médica que tiene por parte de su empleador o sindicato. Lea las cartas que le envíe su empleador o su sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en sus cartas. Si no aparece ningún contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podría ayudarle.

Nombre

Lea y Firme A Continuación

Al llenar esta solicitud de inscripción, indico que estoy de acuerdo en lo siguiente:

Kaiser Permanente es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Tendré que conservar mi cobertura de Medicare Partes A y B. Solo puedo estar afiliado a un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan pondrá fin a mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos de venta con receta de Medicare automáticamente. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura para medicamentos de venta con receta que tenga o pudiera obtener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare o una cobertura de medicamentos de venta con receta acreditada (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía, si me inscribo en la cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare más adelante. La inscripción en este plan generalmente dura todo el año. Una vez que me inscriba, solo podré abandonar este plan o hacer cambios en ciertas épocas del año durante un periodo de inscripción (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en ciertas circunstancias especiales.

Kaiser Permanente brinda sus servicios en un área de servicio específica. Si me mudo del área donde brinda sus servicios Kaiser Permanente, necesito notificárselo al plan para poder cancelar y encontrar otro plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Kaiser Permanente, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre los pagos o servicios con los que no esté de acuerdo. Leeré el documento **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente cuando lo reciba para informarme de las reglas que debo seguir para obtener cobertura por medio de este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen la cobertura de Medicare cuando están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que empiece la cobertura de Kaiser Permanente Medicare Advantage debo recibir toda mi atención médica de Kaiser Permanente, excepto para servicios de emergencia o de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Kaiser Permanente y otros servicios que se incluyan en el documento **Evidencia de Cobertura** (conocido también como un contrato de membresía o un acuerdo de suscripción) de Kaiser Permanente. **NI MEDICARE NI KAISER PERMANENTE PAGARÁN LOS SERVICIOS** si no se tiene autorización.

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor de seguros u otro individuo que trabaje o tenga contrato con Kaiser Permanente, es posible que se pague a dicha persona tomando en cuenta mi inscripción en Kaiser Permanente.

Condiciones de inscripción para beneficios suplementarios opcionales de Advantage Plus

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

Al completar esta solicitud de inscripción:

- Estoy de acuerdo en agregar el paquete de beneficios suplementarios opcionales Advantage Plus que me ofrece cobertura integral dental, de audición y de artículos para la visión por \$25 mensuales. Este monto se suma a mis primas de Medicare y de Kaiser Permanente Medicare Advantage.
- Entiendo que el paquete de beneficios suplementarios opcionales agrega más beneficios a mi cobertura de Kaiser Permanente Medicare Advantage y que puedo encontrar los términos y condiciones en la **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente Medicare Advantage.
- Entiendo que el paquete de beneficios suplementarios opcionales Advantage Plus solo se ofrece a los miembros inscritos en un Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan.
- Entiendo que debo recibir atención con cobertura de proveedores de la red, excepto para los servicios de emergencia o de urgencia.
- Entiendo que puedo cancelar mi cobertura del paquete de beneficios suplementarios opcionales de Advantage Plus en cualquier momento. Si cancelo mi inscripción, no cumpliré los requisitos para inscribirme sino hasta el siguiente periodo anual de elección para la cobertura de Advantage Plus que entra en vigor el 1 de enero de 2021.

Nombre

Entrega de Información: Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, reconozco que Kaiser Permanente divulgará mi información a Medicare y otros planes según se requiera para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que Kaiser Permanente divulgará mi información, incluidos mis datos de incidencias de medicamentos de venta con receta, a Medicare, el cual a su vez la divulgará para investigaciones y otros fines que se apeguen a todas las leyes y los reglamentos federales correspondientes. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa en este formulario intencionalmente, se cancelará mi afiliación en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para representarme conforme a las leyes del Estado donde resido) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si una persona autorizada (como se describe anteriormente) firma, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para completar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización están a disposición de Medicare si los solicita.

Firma:

Fecha de Hoy: / /

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en la línea anterior y proporcionar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de Teléfono: - -

Relación con la Persona Inscrita:

Agent Use Only (Para el Uso Exclusivo del Agente):

Date Received by Agent: / / Released to Client for Submission: / /

ICEP/IEP AEP Not Eligible Effective Date of Coverage: / /

SEP (reason if SEP)

Appointment type Scope of Appointment attached Yes No

Name of Kaiser Permanente staff member

Broker or agent name

Kaiser Permanente agent ID number

Company/house name (if applicable)

Kaiser Permanente house ID number Phone number - -

Nombre

Certificación de Elegibilidad para un Periodo de Inscripción

Por lo general, usted se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage solo durante el periodo anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea las declaraciones siguientes cuidadosamente y marque la casilla si la declaración se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las casillas siguientes, está certificando que, según su leal saber y entender, usted reúne los requisitos para un Periodo de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele su inscripción.

- Soy miembro nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Me mudé recientemente del área de servicio de mi plan actual o recién me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (anotar la fecha) / /
- Recientemente salí de la cárcel. Fui liberado el (anotar la fecha) / /
- Recientemente volví a los Estados Unidos después de vivir fuera del país de forma permanente. Regresé a los Estados Unidos el (anotar la fecha) / /
- Recientemente obtuve mi condición de residente legal de los Estados Unidos. Obtuve la residencia legal el (anotar la fecha) / /
- Recientemente se hizo un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, hice un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (anotar la fecha) / /
- Recientemente se hizo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda Adicional, hice un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (anotar fecha) / /
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Voy a vivir en, vivo en o recientemente me fui de un Centro de Cuidados a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar para ancianos o un centro de cuidados de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (anotar la fecha) / /
- Recién abandoné un programa PACE el (anotar la fecha) / /
- Recién perdí involuntariamente mi cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta (equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (anotar la fecha) / /
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (anotar la fecha) / /
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica de mi estado.
- Mi plan terminará su contrato con Medicare o Medicare terminará su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan inició el (anotar la fecha) / /
- Estuve inscrito en un Special Needs Plan (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (anotar la fecha) / /
- Me afectó una emergencia relacionada con el clima o un gran desastre (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las declaraciones anteriores aplica en mi caso, pero no pude inscribirme debido a un desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica en su caso o si no lo sabe con certeza, llame a Kaiser Permanente al **1-866-415-0785** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si usted reúne los requisitos para inscribirse. Atendemos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

ማስታወሻ: 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 (711: TTY) 1-888-777-5536 تماس بگیرید

Arabic

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

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 નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-777-5536 (TTY: 711).