

Сводный перечень льгот и страхового покрытия: что покрывает план страховки и какую часть из покрываемых услуг придется оплачивать за свой счет

Период страхования: начиная с 01/01/2019 или после этой даты

KAISER PERMANENTE: KP WA Silver 2500/30

Страхование: физическое лицо/семья | Тип плана: EPO



Документ Сводный перечень льгот и страхового покрытия (SBC) поможет выбрать план медицинской страховки. В этом документе также показано, каким образом будут распределяться расходы для оплаты по плану страховки и за свой счет за покрываемые услуги медицинского обслуживания. **ПРИМЕЧАНИЕ.** Информация о стоимости данного плана страховки (который называется премиальным) будет предоставлена отдельно. Это только сводка. Для получения дополнительной информации о вашей страховке, а также для получения копии полных условий страховки посетите веб-сайт [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) или позвоните по телефону 1-800-813-2000 (TTY: 711). Для получения общих определений используемых терминов, таких как допустимая сумма, выставление счета по оплате остаточного баланса, совместное страхование, доплата, вычитаемая франшиза, поставщик, или других подчеркнутых терминов см. глоссарий. Глоссарий можно посмотреть на сайте [www.HealthCare.gov/sbc-glossary](http://www.HealthCare.gov/sbc-glossary). Можно также позвонить по телефону 1-800-813-2000 (TTY: 711), чтобы запросить печатную копию.

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно:
Какова общая сумма <u>вычитаемой франшизы</u> ?	\$2,500 для одного человека / \$5,000 для семьи	Как правило, вы должны оплатить все расходы на <u>поставщиков услуг</u> вплоть до общей суммы <u>вычитаемой франшизы</u> , прежде чем сможете получить оплату в соответствии с этим <u>планом</u> . Если в <u>план</u> страховки вписаны другие члены семьи, то каждый член семьи должен выплатить свою собственную <u>вычитаемую франшизу</u> до тех пор, пока общая сумма <u>вычитаемых франшиз</u> , выплаченная всеми членами семьи не достигнет общей суммы <u>вычитаемой франшизы</u> семьи.
Оплачиваются ли какие-то услуги до тех пор, пока не будет достигнута сумма <u>вычитаемой франшизы</u> ?	Да. <u>Профилактические мероприятия</u> и услуги, приведенные в таблице, которая начинается на стр. 2.	Этот <u>план</u> страховки покрывает некоторые расходы и услуги, даже если еще не достигнута сумма <u>вычитаемой франшизы</u> . Однако может потребоваться <u>доплата</u> или <u>совместное страхование</u> . Например, данный план покрывает определенные <u>профилактические услуги</u> без <u>распределения затрат</u> и до достижения суммы <u>вычитаемой франшизы</u> . Список покрываемых <u>профилактических услуг</u> можно найти на сайте <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Существуют ли другие суммы <u>вычитаемой франшизы</u> для определенных услуг?	Нет.	Для определенных услуг достижение суммы <u>вычитаемой франшизы</u> не требуется.
Какая установлена <u>максимальная сумма оплаты из собственных средств</u> для этого <u>плана</u> ?	\$7,750 для одного человека / \$15,500 для семьи	<u>Максимальная сумма оплаты из собственных средств</u> — это максимальная сумма, которую вы можете оплатить в год за услуги, покрываемые планом. Если в этот <u>план</u> вписаны другие члены семьи, то они должны выбрать свои <u>максимальные суммы оплаты из собственных средств</u> , пока не будет достигнута общая <u>максимальная сумма оплаты из собственных средств</u> для семьи.
Что не входит в <u>максимальную сумму оплаты из собственных средств</u> ?	<u>Премиальные</u> услуги, не входящие в данный <u>план</u> ; платежи за услуги по страховке студента, находящегося в другом городе	Несмотря на то, что вы самостоятельно оплачиваете эти расходы, они не учитываются в расчете <u>максимальной суммы оплаты из собственных средств</u> .
В случае использования <u>поставщика сетевых услуг</u> вы заплатите меньше?	Да. Обратитесь на сайт <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> или позвоните по телефону 1-800-278-3296 (TTY: 711), чтобы получить список <u>поставщиков сетевых услуг</u> .	Этот <u>план</u> использует <u>сеть поставщиков услуг</u> . Вы будете платить меньше в случае использования <u>поставщика услуг</u> , с которым страховая компания <u>заключила контракт</u> . Сумма оплаты будет максимальной в случае использования <u>поставщика услуг вне сети</u> , и вы также можете получить счет от поставщика услуг на разницу между размером оплаты поставщика услуг и суммы оплаты по <u>плану</u> ( <u>выставление счета по оплате остаточного баланса</u> ). Следует иметь в виду, что <u>поставщики услуг</u> , с которыми заключен контракт, для некоторых услуг могут использовать <u>поставщика услуг, с которыми контракт не заключен</u> (например, для лабораторных работ). Обратитесь к <u>поставщику</u> до получения услуг.
Требуется ли <u>направление для обращения к специалисту</u> ?	Да, но к некоторым <u>специалистам</u> можно обратиться самостоятельно без направления.	Этот <u>план</u> страховки покрывает часть или все расходы по обращению к <u>специалисту</u> для покрываемых услуг, но только при наличии <u>направления</u> до обращения к <u>специалисту</u> .



Все суммы доплаты и совместного страхования, которые приведены в этой таблице, указаны после достижения вычитаемой франшизы, если она применима.

Общее медицинское явление	Услуги, которые могут вам потребоваться	Что вы оплачиваете поставщику услуг, входящих в страховой план (вы заплатите меньше)	Что вы оплачиваете поставщику услуг, не входящих в страховой план (вы оплачиваете большую часть)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Если вы посещаете кабинет врача или клинику	Осмотр медицинского специалиста первичного звена для лечения травмы или заболевания	\$30 за медицинский осмотр, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Нет
	Осмотр <u>специалиста</u>	\$65 за медицинский осмотр, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Нет
	<u>Профилактика/ осмотр/ иммунизация</u>	Бесплатно, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Возможно, вам придется оплатить услуги, которые не являются <u>профилактическими</u> . Узнайте у <u>поставщика услуг</u> , относятся ли необходимые вам услуги к <u>профилактическим</u> . Затем узнайте, какие услуги будут оплачены по вашему <u>плану</u> страховки.
Если вы проходите тестирование	<u>Диагностическое тестирование</u> (рентген, анализ крови)	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Нет
	Снимки (КТ/ПЭТ, МРТ)	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Для получения некоторых услуг может потребоваться предварительное разрешение.
Если вам нужны лекарства для лечения заболевания или состояния  Дополнительную информацию об <u>оплате по страховке препаратов по рецепту</u> можно найти на сайте <a href="http://www.kp.org/orformulary">www.kp.org/orformulary</a> .	Непатентованные лекарства	Приобретаемые в аптеке: \$20 / аптеку; заказ по почте: \$40 / заказ по почте, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Покупка в аптеке с поставкой в течение 30 дней или заказ по почте с доставкой в течение 90 дней. В соответствии с указаниями, приведенными в <u>справочнике лекарственных средств</u> .
	Предпочтительные марки лекарственных препаратов	Приобретаемые в аптеке: \$65 / аптеку; заказ по почте: \$130 / заказ по почте, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Покупка в аптеке с поставкой в течение 30 дней или заказ по почте с доставкой в течение 90 дней. В соответствии с указаниями, приведенными в <u>справочнике лекарственных средств</u> .
	Предпочтительные марки лекарственных препаратов	50% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Покупка в аптеке с поставкой в течение 30 дней или заказ по почте с доставкой в течение 90 дней. В соответствии с указаниями, приведенными в <u>справочнике лекарственных средств</u> .
	<u>Препараты особой категории</u>	50% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Поставка в течение 30 дней.

Общее медицинское явление	Услуги, которые могут вам потребоваться	Что вы оплачиваете поставщику услуг, входящих в страховой план (вы заплатите меньше)	Что вы оплачиваете поставщику услуг, не входящих в страховой план (вы оплачиваете большую часть)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Если вам делают амбулаторную операцию	Оплата учреждению (например, центру амбулаторной хирургии)	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Нет
	Оплата врача/хирурга	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Нет
Если вам требуется неотложная медицинская помощь	<u>Обращение в отделение скорой помощи</u>	30% <u>совместное страхование</u>	30% <u>совместное страхование</u>	Нет
	<u>Перевозка в машине скорой помощи</u>	30% <u>совместное страхование</u>	30% <u>совместное страхование</u>	Нет
	<u>Скорая помощь</u>	\$50 за медицинский осмотр, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Услуги <u>неучаствующих поставщиков</u> оплачиваются при временном нахождении за пределами области обслуживания.
В случае пребывания в стационаре	Оплата учреждению (например, оплата палаты в больнице)	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Требуется предварительное разрешение.
	Оплата врача/хирурга	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Требуется предварительное разрешение.
Если вам требуются услуги психиатра, психолога или нарколога	Амбулаторные услуги	\$30 за медицинский осмотр, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Нет
	Услуги в стационаре	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Требуется предварительное разрешение.
Если вы беременны	Медицинские осмотры в кабинете врача	Бесплатно, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	В зависимости от типа услуг, может применяться <u>доплата, совместное страхование</u> или <u>вычитаемая франшиза</u> . Ведение беременности может включать тесты и услуги, описанные в другом месте в SBC (например, УЗИ).
	Услуги специалиста по принятию родов	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Нет
	Услуги принятия родов в стационаре	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	Нет

Общее медицинское явление	Услуги, которые могут вам потребоваться	Что вы оплачиваете поставщику услуг, входящих в страховой план (вы заплатите меньше)	Что вы оплачиваете поставщику услуг, не входящих в страховой план (вы оплачиваете большую часть)	Ограничения, исключения и другая важная информация
<b>Если вам потребуется помощь по реабилитации или другие специальные медицинские услуги</b>	<u>Медицинское обслуживание на дому</u>	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	130 медицинских осмотров в год
	<u>Услуги реабилитации</u>	В стационаре: 30% <u>совместное страхование</u> ; амбулаторно: \$30 / медицинский осмотр, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	В стационаре: не более 30 дней в стационаре в календарном году. Амбулаторно: амбулаторная физиотерапия, лечение дефектов речи и лечение профессиональных заболеваний (25 медицинских осмотров в сумме за календарный год; дополнительные 25 осмотров в случае неврологических заболеваний).
	<u>Услуги адаптации</u>	\$30 за посещение, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Амбулаторная физиотерапия, лечение дефектов речи и лечение профессиональных заболеваний (25 медицинских осмотров в сумме за календарный год; дополнительные 25 осмотров в случае неврологических заболеваний).
	<u>Уход квалифицированной медицинской сестры</u>	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	60 дней в календарном году
	<u>Медицинское оборудование длительного пользования</u>	30% <u>совместное страхование</u>	Не покрывается страховкой	В соответствии с указаниями, приведенными в <u>справочнике лекарственных средств</u> .
	<u>Услуга хосписа</u>	Бесплатно, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Требуется предварительное разрешение.
<b>Если вашему ребенку требуется помощь стоматолога или окулиста</b>	Проверка зрения детей	Бесплатно, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Не более 1 проверки в год.
	Очки для детей	Бесплатно, <u>вычитаемая франшиза</u> не применяется	Не покрывается страховкой	Не более 1 пары в год.
	Осмотр стоматологом детей	Не покрывается страховкой	Не покрывается страховкой	Нет

### Исключенные услуги и другие услуги, на которые распространяется страхование:

Услуги, на которые, как правило, НЕ распространяется план страхования (для получения дополнительной информации см. полис или документ страхования, а также перечень других исключенных услуг.)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бариатрическая хирургия</li> <li>• Косметическая хирургия</li> <li>• Стоматологическое обслуживание</li> <li>• Слуховой аппарат</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лечение бесплодия</li> <li>• Долговременная медицинская помощь</li> <li>• Неэкстренная медицинская помощь во время поездок за пределы США</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частная сиделка</li> <li>• Плановый уход за ногами</li> <li>• Программы по снижению веса</li> </ul>
---	---	--

Другие услуги, на которые распространяется страхование (для этих услуг могут применяться ограничения. Список является неполным. См. страховой документ.)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Искусственный аборт</li> <li>• Иглотерапия (12 посещений в год)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хиропрактика (по направлению врача)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Плановая офтальмологическая помощь</li> </ul>
---	---	--

**Ваши права на продление страховки:** далее приведены агентства, которые могут помочь вам продлить страховку после ее окончания, если потребуется. Контактная информация этих агентств приведена в следующей таблице. Вам также могут предлагаться другие варианты страховки, включая покупку индивидуальной страховки через магазин медицинских страховок. Для получения дополнительной информации об этом магазине посетите веб-сайт [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) или позвоните по телефону 1-800-318-2596.

**Ваши права на подачу жалоб и апелляции:** следующие агентства помогут вам, если у вас возникли жалобы по поводу страхового плана в случае отказа по вашему заявлению. Это называется жалобой или апелляцией. Для получения дополнительной информации о ваших правах обратитесь к разъяснению льгот, которые вы получите для этой медицинской заявки. В страховых документах также приведена полный перечень информации, которую необходимо представить в случае подачи иска, апелляции или жалобы по вашему плану по любой причине. Для получения дополнительной информации о ваших правах, настоящем уведомлении или помощи, обратитесь в агентство из следующей таблицы.

### Контактная информация для использования права на продление страховки и права на подачу жалобы и апелляции:

Kaiser Permanente Member Services	1-800-813-2000 (TTY: 711) или <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
Офис страхового комиссара в Вашингтоне	1-800-562-6900 или <a href="http://www.insurance.wa.gov">www.insurance.wa.gov</a>

### Предусматривает ли этот план минимальное обеспечение необходимыми лекарственными средствами? Да

Если ваш план не предусматривает минимальное обеспечение необходимыми лекарственными средствами на месяц, вам потребуется совершить оплату при подаче документов на возврат налога за исключением случаев, когда на вас распространяется исключение из требования и в этом месяце действует медицинская страховка.

### Соответствует ли этот план стандартам на минимальной стоимости? Да

Если ваш план не соответствует стандартам по минимальной стоимости, то вы можете иметь право на получение кредита на налог на страховую премию, который поможет вам оплатить план на рынке медицинских страховок.

### Услуги языкового доступа:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

—————*Чтобы просмотреть примеры того, каким образом могут оплачиваться расходы в различных медицинских ситуациях по данному страховому плану, обратитесь к следующему разделу.*—————

## О примерах страховки:



**Это не примерные значения стоимости.** Здесь просто приведены примеры покрытия медицинского обслуживания по данному страховому плану. Реальная стоимость будет отличаться в зависимости от реально полученных медицинских услуг, цен, размера оплаты поставщиков услуг и многих других факторов. Обратите внимание на суммы распределения затрат (вычитаемые франшизы, доплату и совместное страхование), а также на исключенные услуги плана. Используйте эту информацию для сравнения доли расходов, которую вам, возможно, придется оплатить из собственных средств, в разных планах медицинской страховки. Следует иметь в виду, что данные примеры страховки относятся к страхованию только самого себя.

### У Пег есть ребенок

(дородовое наблюдение в течение 9 месяцев в соответствующих медицинских учреждениях и роды в стационаре)

■ Общая сумма <u>вычитаемой франшизы</u> плана	\$2,500
■ <u>Доплата за осмотр специалиста</u>	\$65
■ <u>Совместное страхование</u> услуг больницы (учреждения)	30%
■ <u>Совместное страхование</u> прочих услуг (анализ крови)	30%

В данном ПРИМЕРЕ используются следующие услуги:

Осмотр в кабинете врача-специалиста (*ведение беременности*)  
 Услуги специалиста по принятию родов  
 Услуги принятия родов в стационаре  
 Диагностическое тестирование (*УЗИ и анализ крови*)  
 Посещение специалиста (*наркоз*)

Общая стоимость в данном примере \$12,800

В данном примере Пег должна будет оплатить:

Распределение затрат	
Вычитаемые франшизы	\$2,500
Доплаты	\$40
Совместное страхование	\$2300
Что не покрывается страховкой	
Ограничения или исключения	\$6,0
<b>Общая сумма, которую должна оплатить Пег, составляет</b>	<b>\$4,900</b>

### Лечение диабета типа 2 у Джо

(год планового лечения в соответствующих медицинских учреждениях при строго контролируемом состоянии)

■ Общая сумма <u>вычитаемой франшизы</u> плана	\$2,500
■ <u>Доплата за осмотр специалиста</u>	\$65
■ <u>Совместное страхование</u> услуг больницы (учреждения)	30%
■ <u>Совместное страхование</u> прочих услуг (анализ крови)	30%

В данном ПРИМЕРЕ используются следующие услуги:

Осмотры в кабинете основного лечащего врача (*в том числе санитарно-просветительная работа по заболеванию*)  
 Диагностическое тестирование (*анализ крови*)  
 Рецептурные препараты  
 Медицинское оборудование длительного пользования (*глюкометр*)

Общая стоимость в данном примере \$7,400

В данном примере Джо должен будет оплатить:

Распределение затрат	
Вычитаемые франшизы	\$300
Доплаты	\$1,900
Совместное страхование	\$0
Что не покрывается страховкой	
Ограничения или исключения	\$60
<b>Общая сумма, которую должен оплатить Джо, составляет</b>	<b>\$2,260</b>

### Простой перелом у Миа

(осмотр в соответствующем отделении скорой помощи и последующее наблюдение)

■ Общая сумма <u>вычитаемой франшизы</u> плана	\$2,500
■ <u>Доплата за осмотр специалиста</u>	\$65
■ <u>Совместное страхование</u> услуг больницы (учреждения)	30%
■ <u>Совместное страхование</u> прочих услуг (рентген)	30%

В данном ПРИМЕРЕ используются следующие услуги:

Лечение в кабинете неотложной помощи (*включая медицинские принадлежности*)  
 Медицинское оборудование длительного пользования (*костыли*)  
 Диагностическое тестирование (рентген)  
 Услуги реабилитации (*физиотерапия*)

Общая стоимость в данном примере \$1,900

В данном примере Пег должна будет оплатить:

Распределение затрат	
Вычитаемые франшизы	\$1380
Доплаты	\$300
Совместное страхование	\$0
Что не покрывается страховкой	
Ограничения или исключения	\$0
<b>Общая сумма, которую должна оплатить Миа, составляет</b>	<b>\$1,680</b>

План должен предусматривать оплату других расходов услуг, приведенных в данных примерах.

# NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-813-2000** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Member Relations, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232, telephone number: 1-800-813-2000.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: 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 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

## 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) ማሰታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**العربية (Arabic) ملحوظة:** إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**中文 (Chinese) 注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-813-2000** (TTY: **711**)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-813-2000** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

**Français (French) ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY : **711**).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-813-2000 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-813-2000 (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-813-2000 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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, koji' hódííłnih 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: หากคุณพูดภาษาไทย 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).