

SHARP Health Plan

Planes individuales y familiares

Formulario para cambios de cuenta

Instrucciones

Llene este formulario si desea hacer cambios en su plan de beneficios o si desea actualizar la información personal relacionada con su cuenta.

Puede realizar los siguientes cambios:

- Su información de suscriptor
- Su cobertura
- Su plan de beneficios y red

Afiliados de Covered California™: para agregar un dependiente o cambiar su plan de beneficios, comuníquese con Covered California al 1-800-300-1506. También puede cambiar o actualizar su cuenta en línea iniciando sesión en su cuenta de Covered California en coveredca.com.

Enviar

Envíe el formulario completo por correo postal, personalmente* o por fax:



Por correo postal o personalmente*:

Sharp Health Plan
Attention: IFP Sales
8520 Tech Way, Suite 200
San Diego, CA 92123



Por fax:

Attention: IFP Sales
(858) 499-8246



Si necesita asistencia, estamos aquí para ayudarle.

Puede llamar a Atención al Cliente al 858-499-8300 o a la línea gratuita 1-800-359-2002. Estamos disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.

Paso 1. Información del suscriptor

Marque la casilla si su nombre, dirección o número de teléfono ha cambiado.

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Identificación del suscriptor (comienza con el número 92):	Número de Seguro Social: - -	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): / /

Paso 1. Información del suscriptor, continuación

Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (female-to-male, FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (male-to-female, MTF) <input type="checkbox"/> No binario, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Pronombres de género preferidos: <input type="checkbox"/> Él/Lo/Su <input type="checkbox"/> Ella/La/Su <input type="checkbox"/> Elle/Le/Su <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Orientación sexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo
Número de teléfono celular: ()		Número de teléfono particular: ()	
Otro número de teléfono: ()		Correo electrónico:	
Dirección (no debe ser P.O. Box):			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección de facturación (si es diferente de la anterior): <input type="checkbox"/> Verifique si es la misma que su dirección.			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Información del médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un PCP.)			
Nombre:	ID del proveedor:	¿Es usted un paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Paso 2: Cambios en la cobertura

1. ¿Cuándo hará un cambio en su cobertura?

Durante la inscripción abierta (del 1 de noviembre de 2022 al 31 de enero de 2023) Durante un período de inscripción especial

Si seleccionó "Durante un período de inscripción especial", marque la casilla junto a su evento que califica:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura de atención médica | <input type="checkbox"/> Reubicación permanente dentro o fuera del área de servicio |
| <input type="checkbox"/> Incorporación de un dependiente o adquisición del estado de dependiente a través del matrimonio o inscripción de la pareja doméstica | <input type="checkbox"/> Obtención de la libertad luego de estar en prisión |
| <input type="checkbox"/> Incorporación de un dependiente o adquisición del estado de dependiente a través del nacimiento de un hijo, adopción, hogar transitorio o acogimiento con fines adoptivos u hogar transitorio (Elija su fecha de entrada en vigencia, MM/DD/AA):
(/ /) | <input type="checkbox"/> Cambio en la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal a través de Covered California* |
| <input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, hogar transitorio o acogimiento con fines adoptivos u hogar transitorio | <input type="checkbox"/> Cambio en la elegibilidad para la cobertura médica del empleador |
| <input type="checkbox"/> El primer día del mes después de la incorporación del dependiente | <input type="checkbox"/> Determinación de Covered California |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de un dependiente por divorcio o disolución | <input type="checkbox"/> Información errónea sobre la cobertura |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento del suscriptor o de un dependiente | <input type="checkbox"/> Cambios en la red del proveedor |
| <input type="checkbox"/> Orden de manutención de menores u otra orden judicial para cubrir a un dependiente | <input type="checkbox"/> El emisor de la cobertura médica violó de manera considerable una disposición pertinente del contrato de cobertura médica |
| | <input type="checkbox"/> Es miembro de las Fuerzas de Reserva del Ejército de los Estados Unidos o de la Guardia Nacional de California y regresa de prestar servicio activo |

Fecha del evento que califica (MM/DD/AAAA): / /

Si usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera federal, no utilice este formulario. En su lugar, deberá informar un cambio a través de Covered California.

Llame a Covered California al 1-800-300-1506 o inicie sesión en su cuenta en línea en coveredca.com.

2. ¿Qué cambios desea hacer en su cobertura?

Marque las casillas de los cambios que desea hacer:

Agregar cobertura

- Deseo agregar cobertura médica para un familiar.

Cambios en la cuenta/cobertura

- Deseo combinar cuentas. Seleccione su plan de beneficios en la página 4.
- Deseo cambiar los planes de beneficios. Seleccione su plan de beneficios en la página 4.

3. ¿Quién se verá afectado por estos cambios en su cobertura?

Si tiene más de 3 dependientes afectados por estos cambios, adjunte otro formulario con la siguiente información completa para cada dependiente adicional. **Deberá seleccionar un médico de atención primaria para cada persona incluida en su plan de beneficios.** Recuerde que recibe beneficios cubiertos de proveedores del plan que están afiliados a su grupo médico del plan (plan medical group, PMG) y que forman parte de la red de su plan. El plan de beneficios que elija determinará los médicos que están disponibles para usted. Deberá asegurarse de que el PCP que seleccione esté afiliado al PMG para su plan de beneficios. Para buscar un médico de Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades, visite sharphealthplan.com/findadoctor o llame a Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

Cónyuge/pareja doméstica		<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica <input type="checkbox"/> Finalizar la cobertura médica	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N.º de identificación (comienza con el número 92):	Número de Seguro Social: - -		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): / /
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> No binario, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Pronombres de género preferidos: <input type="checkbox"/> Él/Lo/Su <input type="checkbox"/> Ella/La/Su <input type="checkbox"/> Elle/Le/Su <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo	Orientación sexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no decirlo
Número de teléfono celular: ()		Número de teléfono particular: ()	
Otro número de teléfono: ()		Correo electrónico:	
Información del médico de atención primaria (PCP): (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un PCP.)			
Nombre:	ID del proveedor:	¿Es su cónyuge/pareja doméstica un paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dependiente 1		<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica <input type="checkbox"/> Finalizar la cobertura médica	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N.º de identificación (comienza con el número 92):	Número de Seguro Social: - -		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): / /
Número de teléfono celular: ()		Número de teléfono particular: ()	
Otro número de teléfono: ()		Correo electrónico:	
Información del médico de atención primaria (PCP): (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un PCP.)			
Nombre:	ID del proveedor:	¿El dependiente 1 es un paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Dependiente 2		<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica <input type="checkbox"/> Finalizar la cobertura médica	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N.º de identificación (comienza con el número 92):	Número de Seguro Social: - -	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): / /	
Número de teléfono celular: ()		Número de teléfono particular: ()	
Otro número de teléfono: ()		Correo electrónico:	
Información del médico de atención primaria (PCP): (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un PCP.)			
Nombre:	ID del proveedor:	¿El dependiente 2 es un paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dependiente 3		<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica <input type="checkbox"/> Finalizar la cobertura médica	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N.º de identificación (comienza con el número 92):	Número de Seguro Social: - -	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): / /	
Número de teléfono celular: ()		Número de teléfono particular: ()	
Otro número de teléfono: ()		Correo electrónico:	
Información del médico de atención primaria (PCP): (si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan asignará un PCP.)			
Nombre:	ID del proveedor:	¿El dependiente 3 es un paciente actual de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Paso 3. Selección del plan

Cuando selecciona un plan, debe asegurarse de vivir en un área con un código postal que se encuentre dentro de la red del plan para ser elegible para recibir la cobertura.

Para buscar una lista de códigos postales asociadas con cada red, visite sharphealthplan.com/networks-by-zip.

Recuerde que recibe beneficios cubiertos de proveedores del plan que están afiliados a su grupo médico del plan y que forman parte de la red de su plan. El plan de beneficios que elija determinará los médicos que están disponibles para usted. **Si cambiará su plan de beneficios, asegúrese de que su PCP siga formando parte de su red. Si no es así, deberá seleccionar uno nuevo.**

Para saber si su PCP sigue formando parte de la red, o para seleccionar uno nuevo, visite sharphealthplan.com/findadoctor. También puede llamar a Atención al Cliente a la línea gratuita 1-800-359-2002.

Una vez que haya confirmado su red, debe seleccionar la casilla junto a su plan de beneficios seleccionado de la lista que aparece a continuación:

Red Premier		Red Performance	
Nombre del plan	Categoría	Nombre del plan	Categoría
<input type="checkbox"/> Sharp Platinum 90 Premier HMO	Platinum	<input type="checkbox"/> Sharp Platinum 90 Performance HMO	Platinum
<input type="checkbox"/> Sharp Gold 80 Premier HMO	Gold	<input type="checkbox"/> Sharp Gold 80 Performance HMO	Gold
<input type="checkbox"/> Sharp Silver 70 Off Exchange Premier HMO	Silver	<input type="checkbox"/> Sharp Silver 70 Off Exchange Performance HMO	Silver
<input type="checkbox"/> Sharp Bronze 60 HDHP Premier HMO	Bronze	<input type="checkbox"/> Sharp Bronze 60 HMO Performance HMO	Bronze
		<input type="checkbox"/> Sharp Minimum Coverage Performance HMO	Cobertura mínima

Paso 4. Divulgaciones y firmas

Lea la siguiente información cuidadosamente. Cada miembro de la familia mayor de 18 años debe revisar la solicitud completada y consignar su propia firma en la siguiente página. Guarde una copia de esta solicitud para sus registros.

Divulgaciones sobre el plan dental

Entiendo que si manifesté en este formulario que la cobertura del plan se debe brindar únicamente a un hijo dependiente, soy responsable del pago de la prima requerida y del cumplimiento de todas las disposiciones y condiciones del formulario/contrato de divulgación.

DERECHO AL REEMBOLSO: Yo, en nombre de los dependientes indicados en esta solicitud de inscripción, acepto por la presente que, en el caso de que otra parte tenga la responsabilidad primaria de pagar algún servicio dental que yo reciba o que se brinde a mis dependientes cubiertos por Delta Dental of California, debido a otra cobertura dental, informaré plenamente a Delta Dental of California y ejecutaré las asignaciones, los gravámenes y otros documentos que sean necesarios para que Delta Dental of California pueda recuperar el valor de los servicios y suministros brindados.

AVISO: Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude al seguro y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.

Divulgaciones de Sharp Health Plan

- Yo soy el único responsable de la precisión e integridad de la información proporcionada en esta solicitud. He revisado personalmente toda la información proporcionada en esta solicitud, incluso si no hubiera completado la solicitud yo mismo. A mi leal saber y entender, toda la información en esta solicitud es completa, exacta y verdadera. Si Sharp Health Plan determina que existe fraude (por acto, conducta u omisión) o una tergiversación intencional del hecho pertinente en la información de esta solicitud, entiendo que se puede rescindir la cobertura según lo permitido por la ley.
- Toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude al seguro y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento.
- De acuerdo con los requisitos de divulgación del Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1363 (h), esto es para informarle que la proporción de gastos de atención médica de Sharp Health Plan sobre las primas recibidas durante el último año fiscal con respecto a los planes individuales y familiares de Sharp Health Plan fue del 88.7 %.
- El programa de comisiones de compensación de corredores de seguros de Sharp Health Plan para 2023 es del 5 % de la prima para las inscripciones iniciales y del 4 % de la prima para las renovaciones. Este importe se basa en la prima bruta e incluye la consideración de la compensación tanto directa como indirecta.
- Entiendo que Sharp Health Plan puede someterme a una auditoría, donde tendré que presentar pruebas de residencia, fecha de nacimiento y elegibilidad del dependiente (si corresponde). También entiendo que debo brindar a Sharp Health Plan toda información nueva que surja después de presentar esta solicitud, pero antes de que comience mi inscripción en Sharp Health Plan.

(continúa en la siguiente página)

Paso 4. Divulgaciones y firmas, continuación

- Entiendo que este plan solo cubrirá los servicios provistos a través de la red de proveedores y centros de mi plan, a menos que yo reciba una autorización previa por escrito por parte de Sharp Health Plan o a menos que los servicios sean servicios de atención de emergencia o de atención de urgencias fuera del área del plan.
- Si en el Paso 1 indiqué que tengo un idioma preferencial que no sea el inglés y he completado la versión en inglés de esta solicitud (o una versión que no es en mi idioma de preferencia), confirmo que entiendo las preguntas de esta solicitud.
- Entiendo que las leyes de California prohíben a los planes de atención médica solicitar o utilizar pruebas de VIH como condición para obtener cobertura.
- Dependiendo de mi nivel de ingreso y tamaño del grupo familiar, comprendo que puedo ser elegible para recibir asistencia financiera para pagar la cobertura de salud si adquiero mi cobertura a través de Covered California. Los planes de beneficios de Sharp Health Plan están disponibles a través de Covered California. Debo inscribirme durante un período de inscripción abierta o especial. El período de inscripción abierta se extiende desde el 1 de noviembre hasta el 31 de enero. Sin embargo, entiendo que para que la cobertura empiece el 1 de enero, debo presentar la solicitud a más tardar el 15 de diciembre del año calendario anterior. Si se produce un cambio en mi vida, como un matrimonio, un divorcio, un nacimiento o la pérdida del empleo, puedo inscribirme en el momento en que se produce el cambio ("período de inscripción especial").
- Entiendo que tengo el derecho de usar el proceso interno de resolución de disputas de Sharp Health Plan si surge cualquier disputa o controversia con respecto a la aplicación, la interpretación o el incumplimiento del acuerdo entre Sharp Health Plan y yo (o un dependiente inscrito), ya sea dentro del contrato, extracontractualmente o de otro modo. Si no estoy satisfecho con el resultado del proceso de resolución de disputas, entiendo que tengo derecho a solicitar un arbitraje vinculante voluntario, el cual es el último paso para resolver reclamos. Después de recibir una solicitud de arbitraje, Sharp Health Plan acepta utilizar un árbitro neutral de una entidad adecuada. El arbitraje se llevará a cabo de conformidad con las normas y regulaciones de la entidad elegida.
- La persona abajo firmante acepta expresamente que Sharp Health Plan, sus socios comerciales y otros terceros, incluidos los recaudadores de deudas, le envíen comunicaciones electrónicas periódicas para cualquier fin legal, incluidos los fines comerciales o de marketing de rutina, a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que la persona proporcione. Los mensajes pueden enviarse por mensaje de texto (SMS), correo electrónico, sistemas de marcado telefónico automático (marcador automático), mensajes pregrabados o llamadas de operador en vivo. La frecuencia de los mensajes variará. Se aplican tarifas de mensajes y datos. La persona abajo firmante puede optar por no recibir más comunicaciones electrónicas automatizadas en cualquier momento. Para ello, debe enviar un mensaje de texto con la palabra STOP o llamar al 1-800-827-4277. El hecho de que la persona abajo firmante acepte recibir o no estos mensajes no afectará la atención ni la cobertura de ninguna manera. Visite www.sharphealthplan.com/terms para conocer todos los Términos de uso.
- El Plan proporciona protección de la privacidad que gestiona el acceso y el uso de datos de raza, origen étnico e idioma (race/ethnicity and language, REAL), orientación sexual e identidad de género (sexual orientation and gender identity, SOGI). El Plan utilizará los datos para abordar las disparidades y concentrar los esfuerzos de mejora de la calidad en la prestación de servicios adecuados según los datos REAL, SOGI y servicios para personas con discapacidad. El uso no permitido de estos datos incluye el uso de los datos para la suscripción y la denegación de cobertura y beneficios.

Suscriptor/nuevo suscriptor (o la persona responsable económicamente si el suscriptor es menor de 18 años):

Nombre:	Firma:	Fecha (MM/DD/AA):
	x	/ /

Cónyuge/pareja doméstica (si corresponde)

Nombre:	Firma:	Fecha (MM/DD/AA):
	x	/ /

Dependiente 1 (mayor de 18 años) (si corresponde):

Nombre:	Firma:	Fecha (MM/DD/AA):
	x	/ /

Dependiente 2 (mayor de 18 años) (si corresponde):

Nombre:	Firma:	Fecha (MM/DD/AA):
	x	/ /

Dependiente 3 (mayor de 18 años) (si corresponde):

Nombre:	Firma:	Fecha (MM/DD/AA):
	x	/ /

Aviso de no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes federales pertinentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Sharp Health Plan no excluye a las personas ni les trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Sharp Health Plan:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados en el lenguaje de señas.
 - Información en otros formatos (como con letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos) sin cargo.
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Atención al Cliente al 1-800-359-2002.

Si usted cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra manera por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de Derechos Civiles a través de la siguiente información de contacto:

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department, 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-800-359-2002 (TTY: 711) Fax: 1-619-740-8572

También puede presentar una queja formal personalmente o por correo postal o fax, o completar el formulario de queja formal/apelación en línea en el sitio web del plan en sharphealthplan.com. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a nuestro equipo de Atención al Cliente al 1-800-359-2002. También puede presentar un reclamo por discriminación si existe un problema de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a través de la siguiente información de contacto: 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).

Los formularios de reclamos también están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si su queja formal no ha sido resuelta de forma satisfactoria por Sharp Health Plan o si su queja formal sigue sin resolverse después de 30 días, puede comunicarse a la línea gratuita del Departamento de Atención Médica Administrada para recibir asistencia:

- 1-888-466-2219 Voz
- 1-877-688-9891 TDD

En el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada, puede encontrar instrucciones y formularios de reclamos en línea: www.dmhc.ca.gov

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call Sharp Health Plan right away at 1-858-499-8300 or 1-800-359-2002.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no le es posible, podemos ofrecerle ayuda para que alguien se la lea. Además, usted también puede obtener esta carta en su idioma. Para ayuda gratuita, por favor llame a Sharp Health Plan inmediatamente al 1-858-499-8300 o 1-800-359-2002.

Servicios de asistencia en idiomas

English:

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-359-2002 (TTY:711).

Español (Spanish):

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-359-2002 (TTY:711).

繁體中文 (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 1-800-359-2002 (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 1-800-359-2002 (TTY:711).

Tagalog (Tagalog – Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-359-2002 (TTY:711).

한국어 (Korean):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-359-2002 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք 1-800-359-2002 (TTY (հեռատիպ) 711)։

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY:711) 1-800-359-2002 تماس بگیرید.

Русский (Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-359-2002 (телетайп: 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1-800-359-2002 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-359-2002 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-359-2002 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Mon Khmer, Cambodian):

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-359-2002 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-359-2002 (TTY:711).

हिंदी (Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-359-2002 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai):

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-359-2002 (TTY:711).