

SHARP Health Plan

Planes individuales y familiares

Formulario de cambio de cuenta

Instrucciones

Complete este formulario si desea realizar algún cambio en su plan de beneficios o actualizar la información personal asociada con su cuenta.

Puede modificar los siguientes datos:

- La información del suscriptor.
- Su cobertura.
- El plan de beneficios y la red.

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

Envío de la solicitud

Entregue el formulario completo en persona o envíelo por correo postal o electrónico, en línea o por fax:



Por correo o en persona*:

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



En línea:

Visite sharphealthplan.com/login para crear una cuenta de Sharp Health Plan o iniciar sesión en una que ya tenga y enviar los cambios al plan.



Por correo electrónico:

Adjunte el formulario y envíelo a ifpsales@sharp.com.



Por fax:

Attention: IFP Sales
1-858-499-8246



Si necesita ayuda, estamos a su disposición.

Puede llamar a Servicio al Cliente, al 1-858-499-8300 o a la línea gratuita 1-800-359-2002. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 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:
N.º de identificación del suscriptor (comienza con el número 92):	N.º del Seguro Social: - -	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): / /

Paso 1. Información del suscriptor (continuación)

Sexo asignado al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Se desconoce ☐ Elige no revelarlo	Identidad de género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FTM) ☐ Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MTF) ☐ No binario, ni hombre ni mujer exclusivamente ☐ Categoría de género adicional u otra, especificar: _____ ☐ Elige no revelarlo	Pronombres: ☐ Él ☐ Ella ☐ Elle ☐ Otro, especificar: _____ ☐ Elige no revelarlo	Orientación sexual: ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otra, especificar: _____ ☐ No sabe ☐ Elige no revelarlo
¿Qué raza le representa mejor? Marque todas las opciones que correspondan.		¿Es usted de origen hispano, latino o español?	
☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	☐ Blanco ☐ Otro: _____ ☐ Se desconoce ☐ Elige no revelarlo	☐ No, no soy de origen hispano, latino o español ☐ Sí, cubano ☐ Sí, mexicano, mexicoestadounidense o chicano ☐ Sí, puertorriqueño	☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español ☐ Dos o más razas ☐ Sí, otro ☐ Se desconoce ☐ Elige no revelarlo
Número de teléfono celular: ()		Número de teléfono particular: ()	
Otro número de teléfono: ()		Correo electrónico:	
Dirección (no se permite apartado postal):			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección de facturación (si es diferente de la anterior): ☐ Marque la casilla si es la misma que su dirección particular.			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Información del médico de atención primaria: (Si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un médico de atención primaria).			
Nombre:	NPI del proveedor:	¿Es usted paciente actual de este médico? ☐ Sí ☐ No	

Paso 2. Cambios en la cobertura	
A. ¿Cuándo hará algún cambio en su cobertura?	
☐ Durante el período de inscripción abierta (del 1.º de noviembre de 2024 al 31 de enero de 2025)* ☐ Durante un período de inscripción especial	
Fecha de recepción de la solicitud completa	Fecha de entrada en vigor
1.º de noviembre de 2024-15 de diciembre de 2024	1.º de enero de 2025
16 de diciembre de 2024-31 de enero de 2025	1.º de febrero de 2025
Si seleccionó “Durante un período de inscripción especial”, marque la casilla al lado del hecho calificador correspondiente:	
☐ Pérdida involuntaria de otra cobertura mínima esencial. ☐ Agregar o pasar a ser un dependiente mediante el matrimonio o el registro de una pareja doméstica. ☐ Agregar o pasar a ser un dependiente a través del nacimiento de un niño, de la adopción, del cuidado tutelar o de la colocación en adopción o cuidado tutelar. Estas son las opciones de fecha de entrada en vigor de la cobertura para este hecho calificador: ☐ La fecha de nacimiento, adopción, cuidado tutelar o colocación en adopción o cuidado tutelar. ☐ El primer día del mes posterior a haber agregado un dependiente. ☐ El primer día del segundo mes posterior a haber agregado un dependiente. ☐ Pérdida de un dependiente por medio de un divorcio o disolución de la sociedad conyugal. ☐ Muerte del suscriptor o de un dependiente. ☐ Orden judicial de manutención infantil u otra orden judicial que exija la cobertura de un dependiente ☐ Comenzó a reunir los requisitos para el estipendio como conductor de servicio de transporte vía aplicación. ☐ Pagó la multa por no tener cobertura de salud. ☐ Los padres o padres adoptivos figuran como dependientes en las declaraciones al Servicio de Impuestos Internos. ☐ Reubicación permanente dentro o fuera del área de servicio.	☐ Liberación de la cárcel. ☐ Cambio en el cumplimiento de los requisitos para obtener asistencia financiera federal por medio de Covered California**. ☐ Cambio en el cumplimiento de los requisitos para obtener la cobertura de salud del empleador. ☐ Información errónea sobre la cobertura. ☐ Cambios en la red de proveedores. ☐ El emisor de la cobertura médica violó de manera considerable una disposición pertinente del contrato de cobertura médica. ☐ Miembro de las Fuerzas de Reserva del Ejército de los Estados Unidos o de la Guardia Nacional de California que regresa de prestar servicio activo. ☐ Comenzó a cumplir con los requisitos para adquirir un plan de salud individual a través de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (QSEHRA).
Fecha del hecho calificador (MM/DD/AAAA): / /	
Si es posible que cumpla con los requisitos para obtener asistencia financiera federal, no utilice este formulario. En cambio, deberá informar los cambios por medio de Covered California. Llame a Covered California al 1-800-300-1506 o inicie sesión en su cuenta en coveredca.com .**	
B. Fecha de entrada en vigor solicitada para la cobertura o el cambio de cuenta	
/ / La fecha de entrada en vigor dependerá del tipo de hecho calificador que experimente.	
C. ¿Qué cambios quiere realizar en su cobertura?	
Marque las casillas de los cambios que quiere realizar:	
Más cobertura ☐ Deseo agregar cobertura médica para un miembro de la familia.	Cambios en la cuenta o la cobertura ☐ Quiero combinar las cuentas. Seleccione el plan de beneficios en la página 6. ☐ Quiero cambiar de plan de beneficios. Seleccione el plan de beneficios en la página 6.

*Las fechas del período de inscripción abierta anual pueden variar. Comuníquese para obtener información acerca de los plazos actualizados.

**El mercado de seguros de salud es un servicio disponible en todos los estados para ayudar a las personas, las familias y las pequeñas empresas a obtener cobertura de salud asequible. La agencia del mercado de seguros de salud de California es Covered California. También se denomina “mercado” o “intercambio”.

D. ¿Quiénes se verán afectados por estos cambios en su cobertura?

Si más de tres dependientes se verán afectados por estos cambios, adjunte otro formulario con la información que se solicita para cada dependiente adicional. **Deberá seleccionar un médico de atención primaria para cada persona incluida en su plan de beneficios.** Recuerde que usted recibe los beneficios cubiertos de los proveedores del plan que están afiliados al grupo médico de su plan y que forman parte de su red. El plan de beneficios que usted elija determinará los médicos que están a su disposición. Deberá asegurarse de que el médico de atención primaria elegido pertenezca al grupo médico de su plan de beneficios. Para buscar un médico de Sharp Health Plan que se ajuste a sus necesidades, visite sharphealthplan.com/findadoctor o llame al número gratuito de Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002.

Cónyuge o pareja doméstica		☐ Agregar cobertura médica. ☐ Finalizar la cobertura médica.	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
N.º de identificación (comienza con el número 92):	N.º del Seguro Social: - -		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): / /
Sexo asignado al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Se desconoce ☐ Elige no revelarlo	Identidad de género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FTM) ☐ Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MTF) ☐ No binario, ni hombre ni mujer exclusivamente ☐ Categoría de género adicional u otra, especificar: _____ ☐ Elige no revelarlo	Pronombres: ☐ Él ☐ Ella ☐ Elle ☐ Otro, especificar: _____ ☐ Elige no revelarlo	Orientación sexual: ☐ Lesbiana/gay u homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Otro, especificar: _____ ☐ No sabe ☐ Elige no revelarlo
Número de teléfono celular: ()		Número de teléfono particular: ()	
Otro número de teléfono: ()		Correo electrónico:	
Información del médico de atención primaria: (Si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un médico de atención primaria).			
Nombre:	NPI del proveedor:	¿Su cónyuge o pareja doméstica es paciente actual de este médico? ☐ Sí ☐ No	
Dependiente 1		☐ Agregar cobertura médica. ☐ Finalizar la cobertura médica.	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Otro
N.º de identificación (comienza con el número 92):	N.º del 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: (Si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un médico de atención primaria).			
Nombre:	NPI del proveedor:	¿El dependiente 1 es paciente actual de este médico? ☐ Sí ☐ No	

Dependiente 2		☐ Agregar cobertura médica. ☐ Finalizar la cobertura médica.	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Otro
N.º de identificación (comienza con el número 92):	N.º del 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: (Si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un médico de atención primaria).			
Nombre:	NPI del proveedor:	¿El dependiente 2 es paciente actual de este médico? ☐ Sí ☐ No	
Dependiente 3		☐ Agregar cobertura médica. ☐ Finalizar la cobertura médica.	
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Otro
N.º de identificación (comienza con el número 92):	N.º del 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: (Si deja el espacio en blanco, Sharp Health Plan le asignará un médico de atención primaria).			
Nombre:	NPI del proveedor:	¿El dependiente 3 es paciente actual de este médico? ☐ Sí ☐ No	

Paso 3. Selección del plan

Cuando seleccione un plan, asegúrese de que el código postal de la zona donde vive forme parte de la red del plan, porque de eso depende la elegibilidad para la cobertura. Para consultar una lista de los códigos postales asociados con cada red, visite sharphealthplan.com/networks-by-zip.

Recuerde que usted recibe los beneficios cubiertos de los proveedores del plan que están afiliados al grupo médico de su plan y que forman parte de su red. El plan de beneficios que usted elija determinará los médicos que están a su disposición. **Si ha decidido cambiar de plan de beneficios, asegúrese de que su médico de atención primaria siga siendo parte de la red. En caso contrario, deberá elegir otro.**

Para consultar si su médico de atención primaria sigue siendo parte de la red, o para elegir otro, visite sharphealthplan.com/findadoctor. También puede llamar al número gratuito de Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002.

Cuando ya haya confirmado su red, marque la casilla al lado del plan de beneficios seleccionado de la lista a continuación:

Red Premier		Red Performance	
Nombre del plan	Nivel	Nombre del plan	Nivel
☐ Sharp Platinum 90 Premier HMO	Platinum	☐ Sharp Platinum 90 Performance HMO	Platinum
☐ Sharp Gold 80 Premier HMO	Gold	☐ Sharp Gold 80 Performance HMO	Gold
☐ Sharp Silver 70 Off Exchange Premier HMO	Silver	☐ Sharp Silver 70 Off Exchange Performance HMO	Silver
☐ Sharp Bronze 60 HDHP Premier HMO	Bronze	☐ Sharp Bronze 60 Performance HMO	Bronze
		☐ Sharp Minimum Coverage Performance HMO*	Cobertura mínima

Paso 4. Divulgaciones y firmas

Lea la siguiente información detenidamente. Guarde una copia de esta solicitud a modo de registro.

Divulgaciones sobre servicios dentales

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

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 dichas asignaciones, 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 sabiendo que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta un reclamo 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 la completé 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 de hechos pertinentes 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 sabiendo que facilita un fraude contra la aseguradora, envía una solicitud o presenta un reclamo 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 de salud 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 86.0 %.
- La programación de comisiones de compensación de los corredores de Sharp Health Plan para 2025 es del 5 % de la prima para las inscripciones iniciales y del 4 % de la prima para las renovaciones. Este monto se basa en la prima bruta e incluye la consideración de la compensación directa e indirecta.

(continúa en la siguiente página)

* Los menores de 30 años pueden inscribirse en planes de cobertura mínima a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. También están disponibles para aquellos a quienes el gobierno federal les haya otorgado una exención por dificultad financiera o por capacidad económica limitada. Si el solicitante tiene 30 años de edad o más, se debe proporcionar la constancia de exención a Sharp Health Plan para que se procese la solicitud. Visite healthcare.gov si desea más detalles.

Paso 4. Divulgaciones y firmas (continuación)

- Entiendo que Sharp Health Plan puede someterme a una auditoría, donde tendré que brindar pruebas de residencia, fecha de nacimiento y cumplimiento de los requisitos de los dependientes (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.
- Entiendo que este plan solo cubrirá servicios brindados mediante la red de proveedores y centros de mi plan, a menos que reciba la previa autorización por escrito de Sharp Health Plan o que los servicios se brinden en calidad de atención de emergencia o atención de urgencia fuera del área.
- Si en el paso 1 indiqué que tengo un idioma de preferencia que no es el inglés y he completado la versión en inglés de esta solicitud (o una versión que no está 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 de salud solicitar o utilizar pruebas de VIH como condición para obtener cobertura.
- Según el nivel de ingresos y el tamaño del grupo familiar, entiendo que podría reunir los requisitos para recibir asistencia financiera con el pago de mi cobertura de salud si la adquiero 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.º de noviembre hasta el 31 de enero. Sin embargo, entiendo que para que la cobertura empiece el 1.º de enero debo presentar la solicitud a más tardar el 15 de diciembre del anterior año calendario. Si se produce un cambio en mi vida, como matrimonio, divorcio, nacimiento o pérdida del empleo, puedo inscribirme en el momento en que se produce el cambio (“período de inscripción especial”).
- Entiendo que tengo derecho a utilizar el proceso de resolución de disputas internas de Sharp Health Plan en caso de que surja cualquier disputa o controversia con respecto a la aplicación, la interpretación o al incumplimiento del acuerdo entre Sharp Health Plan y mi persona (o cualquier dependiente inscrito), ya sea que surja del contrato, fuera del contrato o de otro modo. Si no estoy conforme con el resultado del proceso de resolución de disputas, entiendo que tengo derecho a un arbitraje vinculante voluntario, lo que constituye el paso final para la resolución de quejas. A partir de la recepción del pedido de arbitraje, Sharp Health Plan se compromete a utilizar un árbitro neutral de una entidad pertinente. El arbitraje se llevará a cabo en conformidad con las normas y regulaciones de la entidad elegida.
- El abajo firmante consiente y acepta expresamente que Sharp Health Plan, sus socios comerciales y otros terceros, incluidos los cobradores de deudas, envíen a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que proporcione comunicaciones electrónicas periódicas para cualquier fin lícito, incluidos fines comerciales o de marketing de rutina. Los mensajes pueden enviarse por SMS, correo electrónico, sistemas de marcación telefónica automática, mensajes pregrabados o llamadas en vivo con un operador. La frecuencia de los mensajes variará. Se aplican tarifas de mensajes y datos. El abajo firmante puede optar por no recibir más comunicaciones electrónicas automatizadas en cualquier momento. Para hacerlo, debe enviar un mensaje de texto con la palabra “STOP” o llamar al 1-800-827-4277. El hecho de que el abajo firmante acepte recibir estos mensajes no afectará en modo alguno la atención ni la cobertura. Visite www.sharphealthplan.com/terms para consultar los términos de uso completos.
- El plan ofrece una protección de la privacidad que administra el acceso y el uso de los datos sobre raza/etnia e idioma (REAL), orientación sexual e identidad de género (SOGI). El plan utilizará los datos para abordar las disparidades y centrar los esfuerzos de mejora de la calidad para brindar servicios adecuados en relación con REAL, SOGI y discapacidad. El uso no autorizado de estos datos incluye su utilización para la evaluación de riesgos y denegación de cobertura y beneficios.

Suscriptor/Nuevo suscriptor (o padre, madre o tutor legal si el suscriptor es menor de 18 años):

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

Aviso sobre no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por ninguno de los motivos antes mencionados.

Sharp Health Plan brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) sin cargo.
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

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

Si cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una reclamación ante nuestro coordinador de derechos civiles por los siguientes medios:

- 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

Puede presentar un reclamo personalmente, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamo o apelación en el sitio web del plan, en sharphealthplan.com. Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente, al 1-800-359-2002. También puede presentar una queja por discriminación si existe una cuestión discriminatoria por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. También puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja 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 reclamación no fue resuelta satisfactoriamente por Sharp Health Plan o su reclamación ha permanecido sin resolverse durante más de treinta (30) días, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada para recibir asistencia de manera gratuita a los siguientes números:

- 1-888-466-2219 (voz).
- 1-877-688-9891 (TDD)

En el sitio web del Departamento de Atención Médica Administrada, encontrará formularios de queja e instrucciones: www.dmhc.ca.gov.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder hacerlo, le ofrecemos nuestra ayuda. Además, puede recibir esta carta en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo a Sharp Health Plan, al 1-858-499-8300 o al 1-800-359-2002.

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.

Servicios de asistencia en idiomas

Inglés:

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:

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 (chino):

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 (vietnamita):

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 (tagalo, 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 (coreano):

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

Հայերեն (armenio):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 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 (ruso):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-359-2002 (телетайп: 711).

日本語 (japonés):

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 (árabe):

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-jemer, camboyano):

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្បឿន 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 (tailandés):

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