



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulta www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5018. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> o llamar al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deductible</u> total?	\$500 por individuo / \$1,000 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deductible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deductible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deductible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deductible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deductibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$3,000 por individuo / \$6,000 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , la atención médica que no cubre este <u>plan</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<u>¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?</u>	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan paga</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
<u>¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?</u>	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deductible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
<u>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: \$45 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	No se aplica el copago a niños menores de 5 años. Plus: Combinado de 10 servicios / visitas / año.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$35 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: \$50 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: Combinado de 10 servicios / visitas / año.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: Sin costo, el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: Combinado de 10 servicios / visitas / año. Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
<u>Si se realiza un examen</u>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de	Sin costo Sin costo	Plus: \$40 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica. No está cubierto	Plus: Combinado de 10 servicios / visitas / año. Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	positrones, imágenes por resonancia magnética)			

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.kp.org/formulary	La mayoría de los medicamentos genéricos (nivel 1)	Al por menor: \$15 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica; orden por correo: \$30 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica; farmacia <u>participante</u> : \$20 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: \$35 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica	Hasta un suministro de 30 días al por menor y en farmacias <u>participantes</u> , o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. <u>Proveedor del plan:</u> Los medicamentos preventivos y anticonceptivos de la <u>lista de medicamentos cubiertos</u> de todos los niveles no tienen costo. El <u>deductible</u> no se aplica. 50% de coseguro para los medicamentos de disfunción sexual limitado a 8 dosis por mes. Plus: combinado de 5 surtidos / año.
	La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Al por menor: \$25 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica; orden por correo: \$50 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica; farmacia <u>participante</u> : \$45 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: \$45 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica	Hasta un suministro de 30 días al por menor y en farmacias <u>participantes</u> , o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Plus: combinado de 5 surtidos / año.
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Al por menor: \$40 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica; orden por correo: \$80 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica; farmacia <u>participante</u> : \$60 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: \$60 por <u>receta médica</u> , el <u>deductible</u> no se aplica	Hasta un suministro de 30 días al por menor y en farmacias <u>participantes</u> , o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Plus: combinado de 5 surtidos / año.
	Medicamentos de <u>especialidad</u> (nivel 4)	El <u>copago</u> se aplica a los medicamentos genéricos, de marca preferidos o de marca no preferidos.	Plus: El costo compartido se aplica a los medicamentos genéricos, de marca preferidos o de marca no preferidos.	Hasta un suministro de 30 días al por menor y en farmacias <u>participantes</u> . Plus: combinado de 5 surtidos / año.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 por visita	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$100 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	\$100 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Sin copago si lo internan directamente en el hospital como paciente hospitalizado
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin costo	Sin costo	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$35 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: \$50 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: Combinado de 10 servicios / visitas / año.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 por visita individual, el <u>deductible</u> no se aplica.	Plus: \$40 por visita individual, el <u>deductible</u> no se aplica.	Plus: Combinado de 10 servicios / visitas / año.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el deductible no se aplica	No está cubierto	Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deductibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$35 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: \$50 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Paciente ambulatorio: se limita a 30 visitas de terapia física / del habla / ocupacional por afección al año. Plus: Combinado de 10 servicios / visitas / año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$35 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Plus: \$50 por visita, el <u>deductible</u> no se aplica	Para niños menores de 3 años. Plus: Combinado de 10 servicios / visitas / año.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	La cobertura se limita a 100 días por año
	<u>Equipo médico duradero</u>	50% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos cubiertos</u>
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$25 por visita para examen de refracción, el <u>deductible</u> no se aplica	No está cubierto	La cobertura se limita a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin costo, el <u>deductible</u> no se aplica	No está cubierto	1 par de anteojos o la primera compra de lentes de contacto por año (entre un grupo de anteojos / lentes de contacto seleccionados)
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Atención quiropráctica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cirugía bariátrica
- Audífonos (Para niños hasta el final del mes en el que el niño cumpla 19 años: 1 por oído cada 24 meses con beneficio máximo de \$1,500)
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-855-249-5018 (TTY:711) o en www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de Virginia	1-877-310-6560 o www.scc.virginia.gov/boi

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-249-5018 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-855-249-5018 (TTY: 711) auf

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-855-249-5018 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-855-249-5018 (TTY: 711)

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deductibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$35
■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u>	20%
■ <u>Otro copago (análisis de sangre)</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,600
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,170

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$35
■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u>	20%
■ <u>Otro copago (análisis de sangre)</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (incluye la educación sobre enfermedades)

Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)

Medicamentos con receta médica

Equipo médico duradero (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$80
Copagos	\$600
Coseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$880

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Copago para el especialista</u>	\$35
■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u>	20%
■ <u>Otro copago (radiografía)</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (incluye suministros médicos)

Exámenes de diagnóstico (radiografías)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$500
Copagos	\$300
Coseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,000

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides 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, braille and accessible electronic formats
- Provides 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 **1-800-777-7902** (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: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: **1-800-777-7902**.

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>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/maryland-virginia-washington-dc/language-assistance/nondiscrimination-notice>

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1-800-777-7902 (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ትክክለኛ: አማርኛ የሚገኘው ካሮ ተተክለዋል የሆነ ልማት መርቀቃችን እና አገልግሎቶችን ማጠረም የቁጥንቸው እርዳታ አገልግሎቶችን በኋላ ይገኙለ:: በ 1-800-777-7902 ድራማለ (TTY: 711)::

العربية (Arabic) تتبّعه: إذا كنت تتحدث العربية، توفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم (TTY: 711) 1-800-777-7902.

Ɓàsòò Wùdqù (Bassa) Mbi sog: nia maa Ɓàsàà, njàl mbom a ka maa njàng ndol ni mbom mi tsoŋ ni soŋ, niŋ ma kénŋjen yé, mbi èyem. Wɔ nàŋ 1-800-777-7902 (TTY: 711)

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, আপনি বিনামূলে, উপযুক্ত সহায়ক পরিষেবা ও সাহায্য সমেত ভাষা সহায়তা পরিষেবা পেতে পারেন। 1-800-777-7902 (TTY: 711)-এ কোন কর্তৃতা।

中文 (Chinese) 注意事項：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 1-800-777-7902 (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجّه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با 1-800-777-7902 تماس بگیرید (TTY (تلفن متني): 711).

Français (French) **ATTENTION** : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Deutsch (German) **ACHTUNG**: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-777-7902 an (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ સહિતની ભાષા સહાય સેવાઓ, તમારા માટે મફત ઉપલબ્ધ છે. 1-800-777-7902 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) **ATANSYON**: Si w pale kreyòl, w ap jwenn sèvis asistans lang tankou èd ak sèvis konplémentè adapte gratis. Rele 1-800-777-7902 (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए उपयुक्त सहायक उपकरण और सेवाओं सहित भाषा सहायता सेवाएँ मुफ्त उपलब्ध हैं। 1-800-777-7902 पर कॉल करें (TTY: 711).

Igbo (Igbo) **TINYE UCHE**: O bụru na i na-asụ Igbo, Ọrụ enyemaka nke asusu gụnyere udi enyemaka na ọrụ kwesịri ekwesi, n'efu, di nye gi. Kpoo 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Italiano (Italian) **ATTENZIONE**. Se parla italiano, può usufruire gratuitamente dei servizi di assistenza linguistica compresi gli opportuni aiuti e servizi ausiliari. Chiamare il numero 1-800-777-7902 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意：日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。1-800-777-7902 までお電話ください (TTY: 711)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-777-7902**로 전화해 주세요(TTY: 711).

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'l bi'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, temos à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística, incluindo serviços e materiais de apoio adequados. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-777-7902** (TTY: 711).

ไทย (Thai) โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: 711).

أردو (Urdu) توجہ: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ مفت زبان کی معاونت کی خدمات حاصل کر سکتے ہیں، جیسے مناسب معاون امداد اور خدمات۔ کال کریں **(TTY 711) 1-800-777-7902**

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá ní sọ èdè Yorùbá, àwọn ishé ìrànlówó èdè tó fi kún àwọn ohun èlò ìrànlówó tó yẹ àti àwọn ishé lálsí ìdíyelé wà fún ọ. Pe **1-800-777-7902** (TTY: 711).