

Краткое описание страхового покрытия: что покрывает этот план и сколько вы платите за покрываемые услуги

Период действия страхового покрытия: 08/01/2023–07/31/2024

 KAISER PERMANENTE® : SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust — Staff Plan

Все страховые [планы](#) предлагаются и обеспечиваются организацией Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.

Страховое покрытие: индивидуальное или семейное | Тип плана: EPO



Краткое описание страхового покрытия (SBC) — это документ, который поможет вам выбрать [план](#) медицинского страхования. В этом документе также показано, каким образом расходы на покрываемые медицинские услуги будут распределяться между вами и страховым [планом](#). ПРИМЕЧАНИЕ. Информация о стоимости этого [плана](#) (называемой [страховым взносом](#)) будет предоставлена отдельно.

Это лишь краткое описание. Для получения более подробной информации о страховом покрытии или документа с полным описанием условий предоставления покрытия посетите наш сайт www.kp.org/plandocuments (на английском языке) или позвоните по телефону 1-800-813-2000 (TTY: 711). Определения распространенных терминов, таких как [разрешенная сумма](#), [компенсация разницы](#), [доля стоимости](#), [доплата](#), [франшиза](#), [поставщик медицинских услуг](#), а также других [подчеркнутых](#) терминов можно найти в Глоссарии. Вы можете ознакомиться с Глоссарием на сайте <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> (на английском языке) или заказать его экземпляр, позвонив по телефону 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Какова общая сумма франшизы ?	\$0	Ваши расходы на покрываемые этим планом услуги указаны в таблице типичного медицинского обслуживания ниже.
Покрываются ли какие-либо услуги до полной выплаты франшизы ?	Неприменимо.	Этот страховой план покрывает некоторые расходы и услуги, даже если вы еще не выплатили сумму франшизы . Однако может потребоваться внести доплату или долю стоимости . Например, этот план покрывает определенные профилактические услуги без вашего участия в оплате и до выплаты вами франшизы . Список покрываемых профилактических услуг см. на веб-сайте https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ (на английском языке).
Применяются ли другие франшизы для определенных услуг?	Нет.	Выплачивать франшизу за конкретные услуги не требуется.
Какова максимальная сумма личных расходов в рамках этого плана ?	\$600 для одного человека или \$1,200 для семьи	Максимальная сумма личных расходов — это максимальная сумма, которую вы можете заплатить в год за услуги, покрываемые планом. Если другие члены вашей семьи также являются участниками этого плана , их расходы учитываются в их собственной максимальной сумме личных расходов , пока не будет выплачена общая максимальная сумма личных расходов на семью.
Что не учитывается при расчете максимальной суммы личных расходов ?	Страховые взносы , медицинское обслуживание, не покрываемое этим планом , и услуги, для которых это указано в таблице, которая начинается на странице 2.	Даже если вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете максимальной суммы личных расходов .

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Будете ли вы платить меньше при обращении к поставщику услуг, сотрудничающему с планом ?	Да. Посетите наш сайт www.kp.org (на английском языке) или позвоните по телефону 1-800-813-2000 (TTY: 711), чтобы получить список сотрудничающих с планом поставщиков услуг .	У этого плана есть сотрудничающие с ним поставщики услуг . Вы заплатите меньше, если обратитесь к поставщику услуг , с которым план сотрудничает . Вы заплатите больше, если обратитесь к поставщику услуг, не сотрудничающему с планом . Кроме того, вы можете получить счет от поставщика услуг на разницу между взимаемой таким поставщиком оплатой и суммой, уплаченной вашим планом (компенсация разницы). Примите во внимание, что ваш сотрудничающий с планом поставщик услуг может обратиться к поставщику, не сотрудничающему с нами , за определенными услугами (например, для проведения лабораторных анализов). Уточните это у своего поставщика перед получением услуг.
Требуется ли направление для обращения к специалисту ?	Да, но к некоторым специалистам можно обратиться без направления.	Этот страховой план покрывает часть или все расходы на покрываемые услуги специалистов , но только при наличии направления до обращения к специалисту .



Все [доплаты](#) и [доли стоимости](#), указанные в данной таблице, применяются после выплаты вами [франшизы](#) (если [франшиза](#) предусмотрена).

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Посещение кабинета или клиники поставщика медицинских услуг	Первичное медицинское обслуживание для лечения травмы или заболевания	Без оплаты	Не покрываются	Отсутствуют
	Посещение специалиста	Без оплаты	Не покрываются	Отсутствуют
	Профилактические услуги, профилактическое обследование, вакцинация	Без оплаты	Не покрываются	Возможно, вам придется оплатить услуги, которые не являются профилактическими. Узнайте у своего поставщика медицинских услуг, являются ли нужные вам услуги профилактическими. Затем уточните, за какие услуги заплатит ваш страховой план .
Анализы и обследования	Диагностическое обследование (рентген, анализ крови)	Рентген: без оплаты Лабораторные анализы: без оплаты	Не покрываются	Отсутствуют
	Визуализационное обследование (КТ, ПЭТ, МРТ)	Без оплаты	Не покрываются	Для получения некоторых услуг может потребоваться предварительное разрешение.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Получение лекарств для лечения заболевания Более подробную информацию о страховом покрытии лекарств по рецепту можно найти на сайте www.kp.org/formulary (на английском языке).	Непатентованные лекарства	\$10 (розничная аптека), \$20 (заказ по почте) за рецепт	Не покрываются	Запас лекарства на срок до 30 дней при покупке в аптеке или на срок до 90 дней при заказе по почте. Применяются правила перечня покрываемых лекарств .
	Предпочтительные фирменные лекарства	\$10 (розничная аптека), \$20 (заказ по почте) за рецепт	Не покрываются	Запас лекарства на срок до 30 дней при покупке в аптеке или на срок до 90 дней при заказе по почте. Применяются правила перечня покрываемых лекарств .
	Непредпочтительные фирменные лекарства	\$10 (розничная аптека), \$20 (заказ по почте) за рецепт	Не покрываются	Запас лекарства на срок до 30 дней при покупке в аптеке или на срок до 90 дней при заказе по почте. Применяются правила перечня покрываемых лекарств , если покрытие одобрено в рамках процедуры запроса на исключение.
	Специализированные лекарства	Применяется соответствующая сумма участия в оплате непатентованных, предпочтительных фирменных и непредпочтительных фирменных лекарств.	Не покрываются	Запас лекарства на срок до 30 дней при покупке в аптеке. Применяются правила перечня покрываемых лекарств , если покрытие одобрено в рамках процедуры запроса на исключение.
Амбулаторные хирургические услуги	Плата за услуги учреждения (например, центра амбулаторной хирургии)	Без оплаты	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.
	Плата за услуги терапевта или хирурга	Без оплаты	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Неотложная медицинская помощь	Прием в отделении скорой помощи	Без оплаты	Без оплаты	Отсутствуют
	Услуги транспорта скорой помощи	Без оплаты	Без оплаты	Отсутствуют
	Срочная медицинская помощь	Без оплаты	Не покрывается	Услуги поставщиков , не сотрудничающих с планом, покрываются при временном пребывании за пределами зоны обслуживания: без оплаты
Пребывание в больнице	Плата за услуги больницы (например, за больничную палату)	Без оплаты	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.
	Плата за услуги терапевта или хирурга	Без оплаты	Не покрываются	Плата за услуги терапевта или хирурга включена в плату за услуги учреждения.
Психиатрическая, психологическая, наркологическая помощь	Амбулаторные услуги	Без оплаты	Не покрываются	Отсутствуют
	Услуги в условиях стационара	Без оплаты	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.
Обслуживание при беременности	Посещение кабинета врача	Без оплаты	Не покрываются	В зависимости от вида услуг, может применяться доплата , доля стоимости или франшиза . Ведение беременности может включать обследования и услуги, описанные в SBC отдельно (например, УЗИ).
	Принятие родов: услуги специалистов	Без оплаты	Не покрываются	Плата за услуги специалистов включена в плату за услуги учреждения.
	Принятие родов: услуги учреждения	Без оплаты	Не покрываются	Отсутствуют

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите		Ограничения, исключения и другая важная информация
		Поставщик, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Поставщик, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	
Медицинское обслуживание для восстановления здоровья или при наличии других особых медицинских потребностей	Медицинское обслуживание на дому	Без оплаты	Не покрываются	Не больше 130 посещений в год. Необходимо предварительное разрешение.
	Услуги реабилитации	Амбулаторно — без оплаты Стационар — без оплаты	Не покрываются	Амбулаторно — не больше 20 посещений на курс терапии в год. Необходимо предварительное разрешение. Стационар — необходимо предварительное разрешение.
	Услуги по развитию навыков	Без оплаты	Не покрываются	Не больше 20 посещений на курс терапии в год. Необходимо предварительное разрешение.
	Квалифицированный сестринский уход	Без оплаты	Не покрываются	Не больше 100 дней в год. Необходимо предварительное разрешение.
	Медицинское оборудование длительного пользования	Доля стоимости 20%	Не покрываются	Применяются правила перечня покрываемых лекарств . Необходимо предварительное разрешение.
	Услуги хосписа	Без оплаты	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.
Стоматологические и офтальмологические услуги для детей	Обследование глаз ребенка	Рефракционная диагностика без оплаты	Не покрываются	Отсутствуют
	Очки для ребенка	Без оплаты	Не покрываются	Не больше одной оправы и пары линз или контактных линз на 12 месяцев.
	Осмотр полости рта ребенка	Не покрываются	Не покрывается	Отсутствуют

Исключенные услуги и другие покрываемые услуги

Услуги, которые обычно НЕ покрываются вашим [планом](#) (изучите свой страховой полис или документацию [плана](#), чтобы получить более подробную информацию и список других [исключенных услуг](#))

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| • Косметическая хирургия | • Долгосрочный уход | • Стандартный уход за стопами |
| • Стоматологические услуги (взрослые и дети) | • Неэкстренная медицинская помощь во время поездок за пределы США | • Программы по снижению веса |
| • Слуховые аппараты | • Частная сиделка | |

Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения, список является неполным; см. документацию своего страхового [плана](#))

- | | | |
|---|---|--|
| • Иглоукалывание (не больше 20 посещений в год) | • Услуги мануального терапевта (не больше 20 посещений в год) | • Стандартное офтальмологическое обслуживание (для взрослых) |
| • Бариатрическая хирургия | | |

Ваши права на продление страхового покрытия. Существуют организации, которые могут помочь вам продлить действие вашего страхового покрытия после его завершения. Контактная информация этих организаций приведена в таблице ниже. Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуальной страховки через [биржу медицинского страхования](#). Для получения более подробной информации о [бирже медицинского страхования](#) посетите веб-сайт www.HealthCare.gov (на английском языке) или позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Ваши права на подачу претензий и апелляций. Существуют организации, которые могут помочь вам, если у вас есть жалоба на свой [план](#) в связи с отклонением вашего [страхового требования](#). Такая жалоба называется [претензией](#) или [апелляцией](#). Для получения дополнительной информации о ваших правах обратитесь к разъяснению страховых выплат, которое вы получите в отношении этого [страхового требования](#). В документации вашего [плана](#) также содержится полная информация о том, как подать [страховое требование](#), [апелляцию](#) или [претензию](#) по любой причине в ваш [план](#). Для получения более подробной информации о ваших правах и этом уведомлении или помощи обращайтесь в организации, указанные в таблице ниже.

Контактные данные для получения информации о ваших правах на продление страхового покрытия и правах на подачу претензий и апелляций

Отдел обслуживания участников страховых планов Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) или www.kp.org/memberservices (на английском языке)
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Управление по обеспечению пенсионных и социальных льгот для работающих по найму при Министерстве труда США)	1-866-444-EBSA (3272) или www.dol.gov/ebsa/healthreform (на английском языке)
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight (Департамент здравоохранения и социальных услуг, Центр информации для потребителей и страхового надзора)	1-877-267-2323 x61565 или www.cciio.cms.gov (на английском языке)
Oregon Division of Financial Regulation (Отдел финансового регулирования штата Орегон)	1-888-877-4894 или www.dfr.oregon.gov (на английском языке)
Washington Department of Insurance (Департамент страхования штата Вашингтон)	1-800-562-6900 или www.insurance.wa.gov (на английском языке)

Предоставляет ли этот [план](#) минимально необходимое страховое покрытие? Да

[Минимально необходимое страховое покрытие](#) обычно включает страховые [планы](#), [медицинские страховки](#), приобретаемые через [биржу медицинского страхования](#), или другие индивидуальные страховые полисы, доступные на рынке, программы Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE и определенные иные виды страхового покрытия. Если вы имеете право на определенные типы [минимально необходимого страхового покрытия](#), вы можете не иметь права на [налоговый кредит для оплаты страховых взносов](#).

Соответствует ли этот [план](#) стандартам в отношении минимального объема покрытия? Да

Если ваш [план](#) не соответствует [стандартам в отношении объема покрытия](#), то вы можете иметь право на [налоговый кредит на оплату страховых взносов](#), который поможет вам платить за страховой [план](#), приобретенный через [биржу медицинского страхования](#).

Услуги перевода

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

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

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

Навахо (Дине): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

Чтобы увидеть примеры того, каким образом этот страховой [план](#) может покрывать расходы в различных случаях необходимости в медицинском обслуживании, обратитесь к следующему разделу.



Это не калькулятор расходов. Это просто примеры покрытия медицинского обслуживания в рамках этого страхового [плана](#). Реальные расходы будут отличаться в зависимости от фактически полученных медицинских услуг, цен, установленных вашими [поставщиками услуг](#), и многих других факторов. Обратите внимание на суммы [участия в оплате](#) ([франшизы](#), [доплаты](#) и [доли стоимости](#)), а также на [услуги, исключенные](#) из покрытия [плана](#). Используйте эту информацию для сравнения доли расходов, которую вам, возможно, нужно будет заплатить в рамках разных [планов](#) медицинского страхования. Примите во внимание, что эти примеры покрытия относятся к страхованию одного человека.

Мария родила ребенка

(дородовое наблюдение в течение 9 месяцев в соответствующих медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, и роды в больнице)

■ Общая сумма предусмотренной планом франшизы	\$0
■ Услуги специалиста — доплата	\$0
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — доплата	\$0
■ Прочие услуги (анализ крови) — доплата	\$0

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.

Посещения кабинета [специалиста](#) (ведение беременности)
Принятие родов: услуги специалистов
Принятие родов: услуги учреждения
[Диагностические обследования](#) (ультразвуковые исследования и анализы крови)
Прием [специалиста](#) (анестезия)

Общая стоимость в примере	\$12,700
В данном примере Мария должна будет заплатить:	
Участие в оплате	
Франшиза	\$0
Доплаты	\$10
Доля стоимости	\$0
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$60
Общая сумма, которую заплатит Мария	\$70

Контроль диабета 2-го типа у Андрея

(год стандартного обслуживания в медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, по поводу хорошо контролируемого диабета)

■ Общая сумма предусмотренной планом франшизы	\$0
■ Услуги специалиста — доплата	\$0
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — доплата	\$0
■ Прочие услуги (анализ крови) — доплата	\$0

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.

Посещения кабинета [поставщика первичного медицинского обслуживания](#) (в том числе просвещение о заболевании)
[Диагностические обследования](#) (анализы крови)
[Лекарства по рецепту](#)
[Медицинское оборудование длительного пользования](#) (глюкометр)

Общая стоимость в примере	\$5,600
В данном примере Андрей должен будет заплатить:	
Участие в оплате	
Франшиза	\$0
Доплаты	\$400
Доля стоимости	\$10
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
Общая сумма, которую заплатит Андрей	\$410

Простой перелом у Анны

(прием в отделении скорой помощи, сотрудничающем с планом, и дальнейшее лечение)

■ Общая сумма предусмотренной планом франшизы	\$0
■ Услуги специалиста — доплата	\$0
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — доплата	\$0
■ Прочие услуги (рентген) — доплата	\$0

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.

[Прием в отделении скорой помощи](#) (включая медицинские принадлежности)
[Диагностическое обследование](#) (рентген)
[Медицинское оборудование длительного пользования](#) (костыли)
[Услуги реабилитации](#) (физиотерапия)

Общая стоимость в примере	\$2,800
В данном примере Анна должна будет заплатить:	
Участие в оплате	
Франшиза	\$0
Доплаты	\$10
Доля стоимости	\$50
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
Общая сумма, которую заплатит Анна	\$60

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) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት 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 یہ زبان فارسی گفتگو می کنید،
تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
یا 1-800-813-2000 (TTY: 711) تماس بگیریں۔

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 ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចម្ចាស់សិទ្ធិបំប៉នឱ្យអ្នក។ 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) Dii baa akó ninizin: Dii saad bee yánilti'go Diné Bizaad, saad bee áká'anida'áwo'déé', t'áá jüik'eh, éi ná hóló, kóji' hódíílnih 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).