

Короткий огляд страхового покриття: що покриває цей план і скільки ви платите за послуги, які покриваються

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

Усі [плани](#) пропонує та забезпечує Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.

Період дії страхового покриття: 08/01/2023–07/31/2024

Страхове покриття: індивідуальне або сімейне |

Тип плану: план із використанням виключно визначених постачальників послуг (ЕРО)



Короткий огляд страхового покриття (Summary of Benefits and Coverage, SBC) допоможе вам вибрати [план](#) медичного страхування. У SBC пояснено, як витрати на медичне обслуговування, що покривається, розподілятимуться між вами та [планом](#) медичного страхування. ПРИМІТКА. Інформацію про вартість цього [плану](#) (тобто [страховий внесок](#)) буде надано окремо.

Цей документ містить тільки короткий огляд. Щоб отримати докладнішу інформацію про ваше страхове покриття або документ із повним описом умов страхового покриття, відвідайте сайт www.kp.org/plandocuments (англійською мовою) або зателефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711). Визначення загальноприйнятих термінів, як-от [допустима сума](#), [компенсація різниці](#), [частка вартості](#), [доплата](#), [франшиза](#), [постачальник послуг](#), або інших [підкреслених](#) термінів див. в Глосарії. Глосарій можна переглянути за адресою <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary>. Крім того, можна зателефонувати за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711), щоб отримати його примірник.

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо
Який розмір загальної франшизи ?	\$0	Ваші витрати на послуги, які покриває цей план , зазначено в таблиці типового медичного обслуговування нижче.
Чи покриваються якісь послуги до виплати всієї суми франшизи ?	Не застосовується.	Цей план покриває деякі товари й послуги, навіть якщо ви ще не виплатили всю суму франшизи . Але може бути потрібно внести доплату або частку вартості . Наприклад, цей план покриває деякі профілактичні послуги без вашої участі в оплаті й до того, як ви виплатите всю суму франшизи . Перелік профілактичних послуг , що покриваються, можна переглянути за посиланням https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Чи застосовуються інші франшизи для певних послуг?	Ні.	Вам не потрібно окремо виплачувати франшизи для певних послуг.
Яка максимальна сума власних витрат у межах цього плану ?	\$600 для особи та \$1,200 для сім'ї	Максимальна сума власних витрат — це максимальна сума, яку ви можете сплатити протягом року за послуги, що покриваються. Якщо інші члени вашої сім'ї також є учасниками цього плану , для них застосовується їхня індивідуальна максимальна сума власних витрат , доки загальна сума витрат вашої сім'ї не сягне максимальної суми власних витрат для сім'ї.
Що не враховується в максимальній сумі власних витрат ?	Страхові внески , медичне обслуговування, яке цей план не покриває, а також послуги, щодо яких це зазначено в таблиці, що починається на сторінці 2.	Навіть якщо ви сплачуєте ці витрати, вони не враховуються в розрахунок максимальної суми власних витрат .

Важливі запитання	Відповіді	Чому це важливо
Чи платитимете ви менше, якщо користуватиметеся послугами постачальника, що співпрацює з планом ?	Так. Щоб отримати перелік постачальників послуг , що співпрацюють із планом, відвідайте сайт www.kp.org (англійською мовою) або зателефонуйте за номером 1-800-813-2000 (TTY: 711).	Цей план використовує постачальників послуг, що співпрацюють із ним . Ви платитимете менше, якщо користуватиметеся послугами постачальника, що не співпрацює з планом . Крім того, ви можете отримати від постачальника послуг рахунок на суму різниці між платою, яку бере постачальник послуг , і сумою, яку сплачує ваш план (компенсація різниці) . Зверніть увагу, що ваш постачальник послуг, що співпрацює з планом , може звернутися до постачальника, що не співпрацює з планом , по певні послуги (як-от виконання лабораторних аналізів). Запитайте про це у свого постачальника послуг , перш ніж отримувати обслуговування.
Чи потрібне направлення для звернення до лікаря-спеціаліста ?	Так. Але ви можете самостійно звертатися до певних лікарів-спеціалістів .	Цей план частково або повністю сплатить вартість прийому в лікаря-спеціаліста для отримання послуг, що покриваються, але тільки якщо ви отримали направлення , перш ніж звернутися до лікаря-спеціаліста .



Усі [доплати](#) й [частки вартості](#), зазначені в цій таблиці, використовуються після виплати вами [франшизи](#) (якщо [франшиза](#) застосовується).

Типове медичне обслуговування	Послуги, що можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите менше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите більше)	
Відвідування кабінету або клініки постачальника медичних послуг	Первинне медичне обслуговування для лікування травми або захворювання	Без оплати	Не покривається	Немає
	Відвідування лікаря-спеціаліста	Без оплати	Не покривається	Немає
	Профілактичне обслуговування / скринінгові обстеження / вакцинація	Без оплати	Не покривається	Можливо, вам потрібно буде заплатити за послуги, які не є профілактичними. Запитайте у свого постачальника , чи необхідні послуги є профілактичними. Потім перевірте, за які послуги заплатить ваш план .

Типове медичне обслуговування	Послуги, що можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите менше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите більше)	
Аналізи й обстеження	Діагностичне обстеження (рентген, аналіз крові)	Рентген: без оплати Лабораторні аналізи: без оплати	Не покривається	Немає
	Візуалізаційне обстеження (КТ, ПЕТ, МРТ)	Без оплати	Не покривається	Для деяких послуг може бути потрібний попередній дозвіл.
Отримання лікарських засобів для лікування захворювання Докладнішу інформацію про покриття лікарських засобів, що відпускаються за рецептом , можна знайти на сторінці www.kp.org/formulary (англійською мовою).	Непатентовані лікарські засоби	\$10 (роздрібний продаж), \$20 (замовлення поштою) за 1 рецепт	Не покривається	Запас на строк до 30 днів (роздрібний продаж) або на строк до 90 днів (замовлення поштою). Застосовуються правила переліку лікарських засобів, що покриваються .
	Фірмові лікарські засоби, яким віддається перевага	\$10 (роздрібний продаж), \$20 (замовлення поштою) за 1 рецепт	Не покривається	Запас на строк до 30 днів (роздрібний продаж) або на строк до 90 днів (замовлення поштою). Застосовуються правила переліку лікарських засобів, що покриваються .
	Фірмові лікарські засоби, яким не віддається перевага	\$10 (роздрібний продаж), \$20 (замовлення поштою) за 1 рецепт	Не покривається	Запас на строк до 30 днів (роздрібний продаж) або на строк до 90 днів (замовлення поштою). Застосовуються правила переліку лікарських засобів, що покриваються , за умови схвалення покриття через процедуру винятків.
	Спеціалізовані лікарські засоби	Застосовуються відповідні суми участі в оплаті для непатентованих лікарських засобів, фірмових лікарських засобів, яким віддається й не віддається перевага.	Не покривається	Запас на строк до 30 днів (роздрібний продаж). Застосовуються правила переліку лікарських засобів, що покриваються , за умови схвалення покриття через процедуру винятків.

Типове медичне обслуговування	Послуги, що можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите менше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите більше)	
Амбулаторні хірургічні послуги	Плата за послуги установи (як-от центру амбулаторної хірургії)	Без оплати	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл.
	Плата за послуги терапевта або хірурга	Без оплати	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл.
Термінова медична допомога	Обслуговування у відділенні екстреної допомоги	Без оплати	Без оплати	Немає
	Екстрене перевезення медичним транспортом	Без оплати	Без оплати	Немає
	Невідкладна медична допомога	Без оплати	Не покривається	Послуги постачальників, що не співпрацюють із планом, покриваються під час тимчасового перебування за межами зони обслуговування: без оплати.
Перебування в лікарні	Плата за послуги установи (як-от за лікарняну палату)	Без оплати	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл.
	Плата за послуги терапевта або хірурга	Без оплати	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл.
Психіатрична, психологічна або наркологічна допомога	Амбулаторні послуги	Без оплати	Не покривається	Немає
	Послуги в умовах стаціонару	Без оплати	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл.
Обслуговування під час вагітності	Відвідування кабінету лікаря	Без оплати	Не покривається	Залежно від типу послуг може застосовуватися доплата , частка вартості або франшиза . Ведення вагітності може включати обстеження та послуги, описані в інших розділах SBC (як-от УЗД).
	Пологи / народження дитини: послуги спеціалістів	Без оплати	Не покривається	Немає
	Пологи / народження дитини: послуги установи	Без оплати	Не покривається	Немає

Типове медичне обслуговування	Послуги, що можуть вам знадобитися	Скільки ви заплатите		Обмеження, винятки та інша важлива інформація
		Постачальник послуг, що співпрацює з планом (ви заплатите менше)	Постачальник послуг, що не співпрацює з планом (ви заплатите більше)	
Обслуговування для відновлення здоров'я або в разі наявності інших особливих медичних потреб	Медичне обслуговування в домашніх умовах	Без оплати	Не покривається	Не більш ніж 130 відвідувань протягом року. Потрібно отримати попередній дозвіл.
	Послуги реабілітації	Амбулаторні послуги: без оплати Послуги в стаціонарі: без оплати	Не покривається	Амбулаторні послуги: не більш ніж 20 відвідувань на курс терапії протягом року. Потрібно отримати попередній дозвіл. Послуги в стаціонарі: потрібно отримати попередній дозвіл.
	Послуги з розвитку навичок	Без оплати	Не покривається	Не більш ніж 20 відвідувань на курс терапії протягом року. Потрібно отримати попередній дозвіл.
	Послуги кваліфікованого сестринського догляду	Без оплати	Не покривається	Не більш ніж 100 днів протягом року. Потрібно отримати попередній дозвіл.
	Медичне обладнання тривалого користування	Частка вартості 20 %	Не покривається	Застосовуються правила переліку лікарських засобів, що покриваються . Потрібно отримати попередній дозвіл.
	Послуги хоспісу	Без оплати	Не покривається	Потрібно отримати попередній дозвіл.
Стоматологічні або офтальмологічні послуги для дітей	Обстеження очей дитини	Рефракційна діагностика без оплати	Не покривається	Немає
	Окуляри для дитини	Без оплати	Не покривається	Не більш ніж одна оправа й одна пара лінз або контактних лінз на 12 місяців.
	Огляд ротової порожнини дитини	Не покривається	Не покривається	Немає

Послуги, виключені з покриття, та інші послуги, що покриваються

Послуги, які ваш **план** зазвичай НЕ покриває (ознайомтеся зі своїм страховим полісом або документацією **плану**, щоб отримати докладнішу інформацію та перелік інших **послуг, виключених із покриття**)

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| • Косметична хірургія | • Довгостроковий догляд | • Стандартний догляд за стопами |
| • Стоматологічні послуги (для дорослих і дітей) | • Неекстрена медична допомога під час подорожей за межами США | • Програми зниження ваги |
| • Слухові апарати | • Послуги приватної доглядальниці | |

Інші послуги, що покриваються (до цих послуг можуть застосовуватись обмеження, перелік не вичерпний; див. документацію свого **плану**)

- | | | |
|---|---|--|
| • Акупунктура (не більш ніж 20 відвідувань протягом року) | • Мануальна терапія (не більш ніж 20 відвідувань протягом року) | • Стандартне офтальмологічне обслуговування (для дорослих) |
| • Баріатрична хірургія | | |

Ваші права на продовження страхового покриття. Існують організації, які можуть допомогти вам продовжити дію страхового покриття після його завершення. Контактні дані цих організацій наведено в таблиці нижче. Для вас можуть бути також доступні інші варіанти страхового покриття, зокрема придбання індивідуального страхового покриття через **біржу медичного страхування**. Щоб отримати докладнішу інформацію про **біржу медичного страхування**, відвідайте сайт www.HealthCare.gov або зателефонуйте за номером 1-800-318-2596.

Ваші права на подання претензій та апеляцій. Існують організації, які можуть допомогти вам, якщо ви хочете поскаржитися на свій **план** через відмову задовольнити вашу **страхову вимогу**. Така скарга називається **претензією** або **апеляцією**. Щоб отримати докладнішу інформацію про свої права, перегляньте роз'яснення страхових виплат, яке отримаєте щодо цієї **страхової вимоги**. У документації вашого **плану** також міститься повна інформація про те, як подати **страхову вимогу**, **апеляцію** або **претензію** з будь-якої причини у ваш **план**. Щоб отримати докладнішу інформацію про ваші права чи це повідомлення або допомогу, зверніться до вказаних нижче організацій.

Контактні дані для звернення з приводу ваших прав на продовження покриття, а також на подання претензій та апеляцій

Відділ обслуговування учасників Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) або www.kp.org/memberservices (англійською мовою)
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Управління з питань страхування й пенсійного забезпечення найманих працівників при Департаменті праці США)	1-866-444-EBSA (3272) або www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight (Центр інформації для споживачів і страхового нагляду при Департаменті охорони здоров'я та соціальних служб)	1-877-267-2323 x61565 або www.cciio.cms.gov
Oregon Division of Financial Regulation (Відділ фінансового регулювання штату Орегон)	1-888-877-4894 або www.dfr.oregon.gov
Washington Department of Insurance (Департамент страхування штату Вашингтон)	1-800-562-6900 або www.insurance.wa.gov

Чи надає цей [план](#) мінімально необхідне страхове покриття? Так

[Мінімально необхідне страхове покриття](#) зазвичай включає [страхові плани](#), [медичне страхування](#), яке можна придбати на [біржі медичного страхування](#), або інші індивідуальні страхові поліси, наявні в продажу, програми Medicare, Medicaid, TRICARE, Програму медичного страхування дітей (Children's Health Insurance Program, CHIP), а також деякі інші види страхового покриття. Якщо ви маєте право на отримання певних видів [мінімально необхідного страхового покриття](#), можливо, ви не матимете права на [податковий кредит для сплати страхових внесків](#).

Чи відповідає цей [план](#) мінімальним стандартам щодо обсягу покриття? Так

Якщо ваш [план](#) не відповідає [мінімальним стандартам щодо обсягу покриття](#), ви можете мати право на отримання [податкового кредиту для сплати страхових внесків](#), який допоможе вам платити за страховий [план](#), придбаний через [біржу медичного страхування](#).

Послуги перекладу

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

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

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

[Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Приклади того, як цей [план](#) може покривати витрати на медичні послуги в різних ситуаціях, див. в наступному розділі.

Про ці приклади страхового покриття



Це не калькулятор витрат. Переліки медичних послуг наведено як приклади, щоб проілюструвати, як цей [план](#) може покривати медичне обслуговування. Ваші фактичні витрати будуть іншими й залежатимуть від наданого вам обслуговування, вартості послуг ваших [постачальників](#), а також багатьох інших чинників. Зверніть увагу на суми [участі в оплаті](#) ([франшизи](#), [доплати](#) та [частку вартості](#)), а також на перелік [послуг, виключених із покриття плану](#). Використовуйте цю інформацію для порівняння частки витрат, яку вам потрібно сплачувати, за користування різними [планами](#) медичного страхування. Зверніть увагу, що ці приклади покриття стосуються страхування однієї особи.

Народження дитини Оленою

(9 місяців ведення вагітності в установах, що співпрацюють із планом, і пологи в лікарні)

■ Загальна сума передбаченої планом франшизи	\$0
■ Послуги лікаря-спеціаліста, доплата	\$0
■ Послуги лікарні (установи), доплата	\$0
■ Інше (аналізи крові), доплата	\$0

Цей ПРИКЛАД включає наведені нижче послуги. Відвідування кабінету [лікаря-спеціаліста](#) (ведення вагітності)

Пологи / народження дитини: послуги спеціалістів

Пологи / народження дитини: послуги установи

[Діагностичні обстеження](#) (УЗД та аналізи крові)

Послуги [лікаря-спеціаліста](#) (анестезія)

Загальна вартість обслуговування в прикладі	\$12,700
---	----------

У цьому прикладі Олена має заплатити:

Участь в оплаті	
Франшизи	\$0
Доплати	\$10
Частка вартості	\$0
Послуги й товари, що не покриваються	
Обмеження або винятки	\$60
Загальна сума, яку заплатить Олена	\$70

Контроль діабету 2-го типу в Андрія

(рік стандартного медичного обслуговування з приводу добре контрольованого захворювання в постачальників послуг, що співпрацюють із планом)

■ Загальна сума передбаченої планом франшизи	\$0
■ Послуги лікаря-спеціаліста, доплата	\$0
■ Послуги лікарні (установи), доплата	\$0
■ Інше (аналізи крові), доплата	\$0

Цей ПРИКЛАД включає наведені нижче послуги.

Відвідування кабінету [лікаря первинного медичного обслуговування](#) (зокрема просвіта з питань захворювання)

[Діагностичні обстеження](#) (аналізи крові)

[Лікарські засоби, що відпускаються за рецептом](#)

[Медичне обладнання тривалого користування](#) (глюкометр)

Загальна вартість обслуговування в прикладі	\$5,600
---	---------

У цьому прикладі Андрій має заплатити:

Участь в оплаті	
Франшизи	\$0
Доплати	\$400
Частка вартості	\$10
Послуги й товари, що не покриваються	
Обмеження або винятки	\$0
Загальна сума, яку заплатить Андрій	\$410

Простий перелом у Марії

(прийм у відділенні екстреної допомоги, що співпрацює з планом, і подальше лікування)

■ Загальна сума передбаченої планом франшизи	\$0
■ Послуги лікаря-спеціаліста, доплата	\$0
■ Послуги лікарні (установи), доплата	\$0
■ Інше (рентген), доплата	\$0

Цей ПРИКЛАД включає наведені нижче послуги.

[Обслуговування у відділенні екстреної допомоги](#) (зокрема медичні витратні матеріали)

[Діагностичне обстеження](#) (рентген)

[Медичне обладнання тривалого користування](#) (милиці)

[Послуги реабілітації](#) (фізіотерапія)

Загальна вартість обслуговування в прикладі	\$2,800
---	---------

У цьому прикладі Марія має заплатити:

Участь в оплаті	
Франшизи	\$0
Доплати	\$10
Частка вартості	\$50
Послуги й товари, що не покриваються	
Обмеження або винятки	\$0
Загальна сума, яку заплатить Марія	\$60

[[План](#) візьме на себе сплату решти вартості послуг, що покриваються, наведених у цих ПРИКЛАДАХ.]

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. 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 Member Services at **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, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1-800-813-2000** (TTY: **711**), Fax: **1-855-347-7239**.

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 2020, Phone: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

For Washington Members

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

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 تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-813-2000 (TTY: 711)።

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

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

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

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

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

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយោជន៍: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំណប់ផ្នែក។ ចូរទូរស័ព្ទ 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) ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໄທ້ທ່ານ. ໂທ 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) ATENCION: 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: ถ้าคุณพูดภาษาไทย 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).