حقوق تغطية الرعاية الصحية ومسؤولياتها

حقوقك (ما يجب علينا)

المتعلقة بجميع برامج تغطية الرعاية الصحية

وتلتزم جمعية تبادل المزايا الصحية الخاصة بولاية واشنطن/هيئة الرعاية الصحية أيضاً بقوانين الولاية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز على أساس المعتقد أو الجنس أو التعبير الجنسي أو الهوية أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الدين أو كونك محارباً قديماً تم إعفاؤه من الخدمة بشرف أو الحالة العسكرية أو استخدام شخص ذي إعاقة لكلب مدرب للاسترشاد أو حيوان للحصول على خدمة ما.

جمعية تبادل المزايا الصحية الخاصة بولاية واشنطن/هيئة الرعاية الصحية:

- توفر مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة بحيث يستطيعون التواصل بكفاءة معاً، مثل:
 - مترجمون مؤهلون للغة الإشارة
 - معلومات مكتوبة في تنسيقات أخرى (مطبوعات كبيرة، ومواد صوتية، وتنسيقات إلكترونية متيسرة، وتنسيقات أخرى)
 - توفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تعد اللغة الإنجليزية لغتهم الأساسية، مثل:
 - المترجمون المؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى
- إذا كنت تحتاج هذه الخدمات، فاتصل على 1-855-923-4633

إذا كنت تعتقد أن جمعية تبادل المزايا الصحية الخاصة بولاية واشنطن/هيئة الرعاية الصحية فشلت في توفير هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بأي طريقة أخرى، يمكنك رفع تظلم إلى:

- **Washington Health Benefit Exchange Legal Department**
ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
1-855-859-2512
فاكس: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

- **Health Care Authority Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer
PO Box 42700
Olympia, WA 98501-2700
1-855-682-0787
فاكس: 1-360-586-9551
compliance@hca.wa.gov

مساعدتك في قراءة جميع النماذج المطلوبة وتعبئتها. للحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال على Washington Healthplanfinder أو إذا كنت شخصاً كبيراً في السن أو مصاب بالعمى، أو لديك إعاقة أو تحتاج إلى الحصول على خدمات وعمليات دعم طويلة الأجل (LTSS)، فيمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS).

توفير خدمات المترجم الفوري أو المترجم بدون تكلفة عليك وبدون تأخير عند التواصل مع Washington Healthplanfinder أو هيئة الرعاية الصحية أو DSHS.

الحفاظ على معلوماتك الشخصية سرية ولكننا قد نشترك بعض المعلومات مع الولاية والمؤسسات الفيدرالية لأغراض تتعلق بالأهلية والتسجيل.

نمنحك الفرصة لتقديم طعن إذا لم توافق على الحكم الصادر من Washington Healthplanfinder أو DSHS الذي يؤثر على أهليتك في الحصول على التغطية الصحية، أو LTSS، أو خطة صحية، أو الإعفاءات الضريبية من أقساط التأمين الصحي، أو تخفيضات مشاركة التكلفة. وبمجرد طلب إجراء طعن، سيتم مراجعة حالتك. يمكنك العثور على المزيد من المعلومات حول عمليات طعون Washington Healthplanfinder من خلال زيارة صفحة طعون Washington Healthplanfinder على

<http://wahbexchange.org/appeals> أو الاتصال على مركز دعم عملاء Washington Healthplanfinder على 923-4633-1-855. وللحصول على معلومات حول الطعون الخاصة ببرامج DSHS، يمكنك الاتصال بمركز الاتصال بخدمة عملاء DSHS على الرقم 2233-1-877-501 أو زيارة مكتب الخدمات المجتمعية والمنزلية المحلية الخاص بك.

إذا كان الطعن خاص باتخاذ قرار بشأن تغطية Washington Apple Health، ولم يتم حله من خلال مراجعة الحالة، فسيتم تحديد موعد جلسة استماع إدارية لك.

نعاملك بإنصاف. يُعد التمييز مخالفاً للقانون. تلتزم جمعية تبادل المزايا الصحية الخاصة بولاية واشنطن/هيئة الرعاية الصحية بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا تقوم بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل أو السن أو الإعاقة أو الجنس. ولا تستنتج جمعية تبادل المزايا الصحية الخاصة بولاية واشنطن/هيئة الرعاية الصحية الأشخاص أو تفرق في التعامل معهم على أساس العرق أو اللون أو الأصل أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

لجمعية تبادل المزاي الصحية الخاصة بولاية واشنطن/هيئة الرعاية الصحية متاح لمساعدتك.

ويمكنك أيضًا رفع شكوى حقوق مدنية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، إلكترونيًا على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو عن طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019، 800-537-7697 (خدمة TDD للصم).

تتوفر استمارات الشكوى على

www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

مسؤولياتك (ما يجب عليك القيام به) المتعلقة بجميع برامج تغطية الرعاية الصحية

كشف رقم الضمان الاجتماعي وحالة الهجرة. يجب عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي (SSN) أو رقم وثيقة الهجرة الخاصة بك أو أي فرد آخر ضمن أسرته يرغب في التقديم للحصول على تغطية الرعاية الصحية، ومع ذلك قد توجد بعض الاستثناءات. ويُطلب رقم الضمان الاجتماعي للتقديم للحصول على إعفاءات ضريبية من قسط التأمين الصحي. ونستخدم هذه المعلومات لتحديد أهليتك وذلك من خلال التأكد من هويتك، ومواطنتك، وحالة الهجرة، وتاريخ الميلاد، وتوافر تغطية رعاية صحية أخرى.

ولا تشارك هذه المعلومات مع أي وكالة هجرة.

من الممكن أن يتقدم بعض أفراد أسرته للحصول على التغطية ولا يتقدم البعض الآخر. وإذا لم يكن لديك رقم الضمان الاجتماعي أو رقم وثيقة الهجرة لجميع أفراد العائلة، لا يزال بإمكان الآخرين التقدم والحصول على التغطية. على سبيل المثال، يمكنك التقديم لطفلك حتى وإن لم تكن مؤهلاً للتغطية. فلن يؤثر التقديم على حالة الهجرة الخاصة بك أو فرص كونك مقيمًا دائمًا أو مواطنًا.

كما توجد أيضًا بعض برامج Washington Apple Health الخاصة بالأفراد الذين يتعذر عليهم إثبات أنهم في البلد بصورة شرعية. ولكن إذا اخترت عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو رقم وثيقة الهجرة لأحد أفراد أسرته، فسنطلب منك المعلومات المتعلقة بدخل الفرد غير المتقدم للتغطية.

في حالة طلب الوكالة هذه المعلومات، قدم أي معلومات أو إثبات مطلوب لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على التغطية.

أمور يجب عليك معرفتها وهي متعلقة بجميع برامج تغطية الرعاية الصحية

توجد قوانين ولاية وقوانين فيدرالية معينة تحكم عمل أنظمة التقديم التي تديرها الولاية و Washington Healthplanfinder، وحقوقك ومسؤولياتك بصفته شخص تستخدم هذه الأنظمة والتغطية التي تحصل عليها من استخدامك لها. ومن خلال استخدام هذه الأنظمة، فإنك توافق على الامتثال للقوانين المطبقة على الشخص الذي يستخدم هذه الأنظمة والتغطية التي يحصل عليها نتيجة استخدامه لهذه الأنظمة. يلزم قانون تسجيل الناخب الوطني لعام 1973 جميع الولايات تقديم المساعدة لتسجيل الناخب من خلال مكاتب مساعدة الجمهور الخاصة بالولايات. ولن يؤثر تقديم طلب التسجيل أو إلغاء التسجيل للانتخاب على الخدمات أو المميزات التي ستحصل عليها من هذه الوكالة. يمكنك التسجيل للانتخاب على موقع الويب www.vote.wa.gov أو طلب نماذج تسجيل الناخبين من خلال الاتصال على الرقم 1-800-448-4881.

تمنع قيود قانون المحاسبة للتأمين الصحي (HIPAA) سلطة الرعاية الصحية (HCA) و DSHS من مناقشة المعلومات الصحية الخاصة بك أو أي فرد من عائلتك مع أي شخص آخر، بما في ذلك الممثل المفوض، ما لم يكن لديه توكيل أو استمارة موافقة موقعة تجيز الكشف عن هذه المعلومات. ويتضمن هذا الكشف معلومات الصحة العقلية، أو نتائج اختبارات ومرض نقص المناعة المكتسبة، والإيدز، والأمراض المنقولة جنسيًا، أو العلاجات والخدمات المعتمدة على المواد الكيميائية.

لمزيد من المعلومات حول سياسة خصوصية Washington Healthplanfinder، قم بزيارة

https://www.wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html

يحظر قانون الرعاية ذو التكلفة المناسبة Washington Healthplanfinder و DSHS من تقديم معلومات شخصية تشير إلى هويتك أو أي فرد من أفراد عائلتك إلى أي فرد غير مصرح له بالحصول على هذه المعلومات، ودون الحصول على موافقتك.

تخضع المعلومات التي تقدمها إلى Washington Healthplanfinder و DSHS للتدقيق من قبل المسؤولين الفيدراليين ومسؤولي الولاية وذلك لأغراض تحديد أهليتك في الحصول على تغطية الرعاية الصحية. ويمكن أن تشمل عملية التدقيق على التحقق من جهات الاتصال من قبل موظفي الوكالة.

إذا بدأت استكمال طلب للحصول على تأمين صحي من خلال Washington Healthplanfinder ولم تكمل العملية لأي سبب، فسيتم تخزين معلوماتك في Washington Healthplanfinder ويمكنك الوصول إليها في غضون 90 يومًا. إذا لم تستكمل طلب بعد 90 يوم، سيتم حذف معلوماتك من نظام Washington Healthplanfinder.

ليست Washington Healthplanfinder و HCA و DSHS مسؤولة عن إدارة خطة التأمين الصحي الخاصة بك. يمكن أن توفر شركة التأمين الصحي الخاصة بك المزيد من المعلومات عن المميزات التي تحصل عليها. وإذا كان لديك استفسارات حول شروط خطة التأمين الصحي الخاصة بك، بما في ذلك المميزات التي تكون مؤهلاً للحصول عليها، والنققات التي تزيد عن ميزانيتك ضمن خطتك، وتقديم دعوى أو

يمكنك رفع تظلم شخصيًا أو عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في رفع تظلم، فإن قسم الشؤون القانونية التابع

طعن برفض المميزات، يتوجب عليك الاتصال بشركة التأمين الصحي الخاصة بك. إذا كنت مؤهلاً للحصول على COBRA بعد انتهاء أي تغطية تأمين صحي قمت بشرائها من Washington Healthplanfinder، تُعد إدارة COBRA وتقديم إشعارات COBRA.

المطلوبة والفترات الانتخابية مسؤولية صاحب العمل الخاص بك لا تلغ أي تغطية تأمين حالية أو ترفض أي مميزات COBRA حتى تحصل على جواب اعتماد وسياسة التأمين والمعروف أيضاً باسم عقد التأمين أو الشهادة، من شركة التأمين التي اخترتها. وتأكد من فهم شروط السياسة والموافقة عليها، مع إيلاء اهتمام خاص لتاريخ السريان، وفترات الانتظار، ومبلغ القسط، والمميزات، والقيود، والاستثناءات، والملحقات.

يمكنك التقدم للحصول على خدمات تنفيذ الدعم من خلال إدارة دعم الطفل (DCS).

وللحصول على طلب للتقدم لهذه الخدمات، انتقل إلى www.childsupportonline.wa.gov أو اتصل على مكتب DCS المحلي الخاص بك.

نرسل لك قراراً كتابياً في معظم الحالات، في غضون 45 يوماً. قد تستغرق تغطية الرعاية الصحية لبعض حالات الإعاقة ما يصل إلى 60 يوماً. ونقدم قراراً كتابياً حول حالات الحمل الطبية في غضون 15 يوماً.

نسمح لك برفض التحدث إلى المحقق إذا كنا قد راجعنا حالتك. ليس عليك السماح بدخول المحقق إلى منزلك. يمكنك الطلب من المحقق أن يأتي في وقت لاحق. ولن يؤثر مثل هذا الطلب على أهليتك للحصول على تغطية الرعاية الصحية.

تستمر تغطية Washington Apple Health أثناء اتخاذ القرار بشأن ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج آخر وفق WAC 182-504-0125.

توفير خدمات وصول عادلة كما هو موضح في WAC 182-503-0120 إذا كنت مؤهلاً لذلك.

مسؤولياتك (ما يجب عليك القيام به) الخاصة بـ Washington Apple Health فقط

الإبلاغ عن التغييرات كما هو مطلوب في WAC 182-504-0105 في WAC 182-504-0110 في غضون 30 يوماً من التغيير. قراءة خطاب الموافقة للاطلاع على التغييرات التي يجب الإبلاغ عنها. استكمال عمليات التجديد عندما يطلب ذلك.

توفير المعلومات اللازمة للشركات الطبية لإرسال الفواتير إلى خدمات الرعاية الصحية.

طلب الحصول على الرعاية الطبية إذا كان لديك الحق في الاستفادة منها. التعاون مع موظف ضمان الجودة عندما يطلب منك ذلك.

التقدم وبذل الجهد الكافي للحصول على الدخل المحتمل من مصادر أخرى عندما يطلب ذلك أو للحصول على تغطية Washington Apple Health.

أمور يجب عليك معرفتها وهي في Washington Apple Health فقط

بمجرد التقدم للحصول على تغطية Washington Apple Health والحصول عليها، فإنك تمنح ولاية واشنطن جميع الحقوق للحصول على أي دعم طبي وأي دفعات خارجية للحصول على الرعاية الصحية.

يحق للوكالة مشاركة سجل تحصين طفلك مع نظام تتبع تحصين الأطفال.

يمكن إرسال المعلومات التي تقدمها إلى DSHS لتحديد الأهلية والفوائد الشهرية من البرامج مثل تغطية الرعاية الصحية، والمساعدة المالية، والمساعدات الغذائية، وإعانات رعاية الأطفال بموجب القانون، يحق لولاية واشنطن استرداد التكاليف التي تدفعها لأنواع معينة من الخدمات الطبية من ممتلكاتك من خلال الحجز على ممتلكاتك (RCW 41.05A.090، وRCW 43.20B.080، والفصل 527-182 WAC) لا يتم الحجز على الممتلكات إلا بعد وفاتك ووفاة زوجتك التي على قيد الحياة، ويبلغ أطفالك سن 21 عاماً أو أكثر. كما أنه لا يتم إذا كان أحد أطفالك الذين على قيد الحياة يعاني من الإصابة بالعمى/إعاقة في وقت وفاتك. تتضمن التكاليف القابلة للاسترداد ما يلي:

حقوقك (ما يجب علينا) في Washington Apple Health فقط

شرح حقوقك ومسؤولياتك إذا طلبت ذلك.

السماح لك بتقديم طلب جزئي يتضمن على الأقل اسمك وعنوانك وتوقيعك أو توقيع ممثل مخول عن المتقدم. ويكون يوم استلام الطلب الجزئي الخاص بك هو تاريخ التقدم، والذي قد يؤثر عندما تصبح تغطيتك فعالة. ولن نتخذ قراراً نهائياً بشأن تغطيتك حتى تكمل طلبك.

نسمح لك بتقديم طلب أو طلب جزئي باستخدام أي طريقة مدرجة ضمن WAC 182-503-0005.

معالجة طلبك على الفور وفي مدة لا تتجاوز الأطر الزمنية الموضحة في WAC 182-503-0060.

نمنحك 10 أيام ميلادية لتوفير المعلومات التي نحتاجها لتحديد أهليتك. وفي حالة طلبك للمزيد من الوقت، فسنمنحك المزيد. وإذا لم تقدم لنا المعلومات أو تطلب المزيد من الوقت، فقد نرفض تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك أو نغلقها أو نغيرها.

مساعدتك إذا كنت تواجه مشكلة للحصول على أي معلومات أو إثبات مطلوب لنا لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً أم لا. وإذا طلبنا مستنداً سيتكلف بعض المال، فسنرسل للحصول عليه وسندفع التكلفة.

إبلاغك في معظم الحالات، 10 أيام على الأقل قبل إيقاف تغطية الرعاية الصحية الخاصة بك.

- خدمات وعمليات دعم معينة طويلة الأجل لـ Washington Apple Health، إذا كان عمرك 55 عامًا في الوقت الذي تحصل فيه على الخدمات؛
- خدمات معينة ممولة من الولاية فقط، بغض النظر عن السن في الوقت الذي تحصل فيه على الخدمات.

يمكنك العثور على قائمة بالخدمات العرضية لاسترداد التكاليف ضمن WAC 182-527-2742. يمكنك العثور على قائمة بالأصول المستبعدة من الاسترداد ضمن WAC 182-527-2754.

- يجوز للولاية أيضًا حق الحجز قبل الوفاة على ممتلكاتك الفعلية في أي عمر، إذا أصبحت تعيش داخل في مؤسسة بشكل دائم (-WAC 182-527-2820). يجوز للولاية استرداد الأموال من بيع الممتلكات، أو عقارك، ما لم يكن:
- تعيش زوجتك في ممتلكاتك؛
- يكون شقيقك الذي يعيش في الممتلكات، شريكًا لك ويلبي شروطًا معينة.
- يعيش طفلك في الممتلكات، ويعاني من الإصابة بالعمى/الإعاقة؛ أو
- يعيش طفلك في الممتلكات، وعمره أقل من 21 عامًا.

قد يتم تقييدك إلى شركة رعاية صحية واحدة، الصيدلة و/أو المستشفى إذا كنت تسعى إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية غير الضرورية من الشركات.

أمور يجب عليك معرفتها وهي متعلقة بالخطط الصحية المؤهلة فقط

إذا قمت بالتسجيل في خطة صحية مؤهلة من خلال Washington Healthplanfinder ولم توفر معلومات كافية للتحقق من أهليتك، أو تعذر التحقق من المعلومات، سيتم منحك 90 يومًا لتقديم ما هو مطلوب. خلال هذا الوقت، يتعين عليك العمل مع موظف Healthplanfinder للمساعدة على توفير أي معلومات ناقصة أو الإجابة عن أي أسئلة متبقية. وسيساعدك هذا على الحصول على التغطية بأسرع ما يمكن. إذا لم تقم بذلك، فقد تتم مطالبتك بسداد جزء من الاعتمادات الضريبية المميزة التي تحصل عليها.

إذا كنت مسجلًا في خطة صحية مؤهلة من خلال Washington Healthplanfinder ولديك تغيير في الدخل، يجب إبلاغ Washington Healthplanfinder في أقرب وقت ما يمكن. قد يغير أي تغيير في الدخل الإعفاءات الضريبية أو تخفيضات مشاركة التكلفة التي تحصل عليها. يمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على خطة تكلفة أقل، نظرًا للتغير في دخلك، أو قد يتطلب منك تسديد جزء من الاعتمادات الضريبية المميزة التي حصلت عليها، إذا زاد دخلك ولم تبلغ عن ذلك التغيير.

تخضع الأسعار المعروضة إلى التغيير وفقًا للممارسات المكتوبة لشركة التأمين الصحي واختيارك لأي من الخيارات المتوفرة.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

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 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្បួល, គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

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。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).