

건강보험 혜택 범위 권리와 책임

본 문서의 구성:

- **섹션 1** 모든 건강보험 보장 프로그램
- **섹션 2** Washington Apple Health 전용
- **섹션 3** 공인 건강 플랜 전용
- **섹션 4** 불만 제기

1. 모든 건강보험 보장 프로그램

귀하의 권리

Washington Health Benefit Exchange 및 Health Care Authority는:

요청 받은 모든 양식을 읽고 작성하실 때 도움을 드립니다. Washington Health Benefit Exchange (HBE)는 귀하께서 건강보험과 치과보험을 신청하고 관리하는데 이용하시는 Washington Healthplanfinder를 관리합니다. 지원을 받으시려면 Washington Healthplanfinder 고객센터 1-855-923-4633으로 문의하십시오. 고령이거나 시각 장애나 기타 장애가 있거나 장기 요양 서비스 및 지원(LTSS)이 필요하신 분은 보건복지부(DSHS) 1-877-501-2233으로 연락하십시오.

워싱턴주 HBE, Health Care Authority (HCA) 또는 DSHS는 귀하의 원활한 의사 소통을 위해 **통역사 또는 번역사를 무료로 지체 없이 제공해야 합니다.** 저희에게 연락을 하실 때 언제든지 통역을 요청하실 수 있습니다.

개인 정보를 기밀로 보호받을 권리. 단, 본 기관은 자격 확인 및 등록을 위해 다른 주 및 연방 기관과 일부 정보를 공유할 수 있습니다. HBE의 개인정보 보호정책을 wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html에서 확인하십시오.

항소할 수 있는 권리 건강보험, LTSS, 건강 플랜, 건강보험료 세금 공제, 보험료 지원 또는 분담 비용 절감에 대한 수혜 자격에 영향을 미치는 HBE 또는 DSHS의 결정에 동의하지 않으실 경우 **항소하실 수 있습니다.** 항소를 신청하면 귀하의 사례를 검토하게 됩니다. HBE의 항소 절차에 대한 자세한 정보는 wabhexchange.org/contact-us/appeals를 방문하시거나 Washington Healthplanfinder 고객센터 1-855-923-4633으로 문의해 주십시오. DSHS 프로그램 관련 항소에 대한 정보는 DSHS 1-877-501-2233으로 문의하시거나 지역 Home and Community Services Office를 직접 방문하여 문의하실 수 있습니다. Washington Apple Health (Medicaid) 보장 결정에 대한 항소를 하실 경우 행정 심의회가 예약됩니다.

공평하게 대우합니다. 차별은 법으로 금지되어 있습니다. HBE와 HCA는 관련 연방 시민 권리 법률을 준수하며 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애, 성별에 근거하여 차별하지 않습니다. HBE와 HCA는 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애, 성별을 이유로 사람들을 혜택 대상에서 제외시키거나 차별 대우하지 않습니다.

HBE와 HCA는 해당 주 법을 준수하고 신념, 성별, 성별 표현이나 성 정체성, 성적 지향, 결혼 유무, 종교, 명예 제대한 퇴역군인이나 군복무 유무, 또는 훈련된 안내견이나 도우미 동물의 도움을 받는 장애인이라는 이유로 차별하지 않습니다.

HBE 및 HCA:

- 장애인과의 원활한 의사소통을 위하여 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식으로 작성된 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보 이 서비스를 원하시면 1-855-923-4633에 전화하십시오.

HBE 또는 HCA가 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 식으로 차별을 했다고 생각되시면, 다음 기관에게 불만을 제기하실 수 있습니다.

- **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
팩스: 1-360-841-7653
appeals@wahbexchange.org

- **Health Care Authority Division of Legal Services**
ATTN: Compliance Officer (ADA/Nondiscrimination Coordinator)
PO Box 42704
Olympia, WA 98501-2704
1-855-682-0787
팩스: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

직접 방문 또는 우편, 팩스, 이메일로 진정서를 제출하실 수 있습니다. 진정서를 제출하는 데 도움이 필요하시면, Washington Health Benefit Exchange 또는 HCA 법률 서비스국이 도움을 드립니다.

시민권과 관련한 불만은 미국 보건복지부의 민권 사무소에 우편, 이메일, 전화 또는 온라인을 통해 제기하실 수 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
전화: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
이메일: **ocrmail@hhs.gov**
온라인: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

불만 제기 양식: **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

귀하의 책임

귀하에게 사회보장번호(SSN) 또는 이민 서류가 있는 경우 제공하셔야 합니다. SSN이나 이민 서류가 없으셔도 건강보험을 신청하실 수 있으나 재정 지원이 제공되는 모든 프로그램에 대한 자격이 인정되지 않을 수 있습니다. 저희는 이 정보를 이용하여 귀하의 신원과 시민권, 이민 신분, 생년월일, 기타 건강보험가입 가능여부를 확인하여 귀하의 프로그램 수혜 자격을 확인합니다. 저희는 이 정보를 이민 기관과 공유하지 않습니다. 일부 세금공제와 프로그램은 SSN이 필요합니다.

본인이나 다른 가족의 SSN이나 이민 서류 번호를 제공하지 않으시면, 귀하의 상세 정보를 후속 확인해야 할 수 있습니다. 기관에서 요청했을 때 귀하의 자격을 결정하는데 필요한 정보나 증거를 제공해주십시오.

귀하가 알아야 할 것들

Washington Healthplanfinder와 워싱턴주에서 관리하는 신청 시스템의 운영, 그 시스템을 이용하는 사람으로서 귀하의 권리와 책임, 시스템을 이용해서 가입한 건강보험을 관장하는 주 법과 연방 법이 있습니다. 이 시스템을 이용한다면 시스템을 이용한 사람과 그 결과로 가입하게 된 건강보험에 해당되는 법규를 준수한다는 데 동의하는 것입니다.

1973년 전국유권자등록법(National Voter Registration Act of 1973). 모든 주(州)는 이 법에 따라 각 주의 대민지원기관을 통해 유권자등록을 지원할 의무가 있습니다. 투표를 하기 위해 등록을 하거나, 또는 등록을 거절한다고 해서 귀하의 보장 또는 혜택 자격, 저희 기관을 통해 제공되는 서비스나 혜택에 영향을 미치지 않습니다. **vote.wa.gov**에서 유권자 등록을 하거나 1-800-448-4881로 전화해야 유권자 등록 양식을 주문하실 수 있습니다.

건강보험 양도 및 책임에 관한 법안(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 의거해 HBE, HCA와 DSHS는 귀하 또는 귀하 가족 구성원의 건강정보를 귀하가 승인한 대리인을 비롯하여 어느 누구에게도 공개할 수 없습니다. 단, 그 사람이 위임장(power of attorney)을 갖고 있거나 귀하께서 건강정보 공개를 승인하는 동의서에 서명한 경우는 예외입니다. 이 건강정보에는 정신건강정보, HIV, AIDS, STD(성병) 검사 결과 또는 치료 및 약물 의존 치료 서비스에 대한 공개 등이 포함됩니다. HBE의 개인정보 보호정책에 대한 정보는 **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html**을 방문하여 확인해주십시오.

부담적저보험법(Affordable Care Act)에 의거하여 HBE, HCA 및 DSHS는 귀하나 귀하 가족 구성원의 개인식별정보(PII)를 귀하가 위임하지 않은 사람에게 귀하의 동의 없이 제공하지 못합니다.

귀하가 HBE, HCA 및 DSHS에게 제공한 정보는 귀하의 건강보험 수혜 자격을 판단하기 위한 목적으로 실시되는 연방 및 주 기관 직원의 검증을 받아야 합니다. 검증에는 기관 직원의 사후 자격 검토 및 후속 조치가 포함될 수 있습니다.

Washington Healthplanfinder를 통해 건강보험 신청 절차를 시작한 후 어떤 이유로든 절차를 완료하지 않으신 경우, 귀하의 정보는 Washington Healthplanfinder에 보관되고 90일 동안 이용이 허락됩니다. 90일이 지난 후에도 신청 절차를 완료하지 않으시면, Washington Healthplanfinder 시스템에 보관되었던 귀하의 정보가 삭제됩니다.

HBE, HCA 및 DSHS는 건강보험 플랜을 관리할 책임이 없습니다. 귀하의 건강보험사에서 보험혜택에 관한 상세 정보를 제공할 수 있습니다.

귀하가 받을 수 있는 보험혜택, 귀하의 플랜에 따른 가입자 부담금 및 보험혜택 클레임 또는 거절된 보험혜택 항소 등을 비롯하여, 귀하의 건강보험플랜 이용약관에 관한 질문은 귀하가 선택한 건강보험사에 연락해야 합니다. COBRA를 수혜할 자격이 있고 Washington Healthplanfinder를 통해 구입한 건강보험 계약이 만료된 경우, 그 사람의 고용주는 COBRA를 관리하고 필수 항목인 COBRA 안내문과 선택 기간을 제공해야 할 책임이 있습니다.

귀하가 선택한 건강보험사로부터 승인서 및 보험약관 또는 일명 보험계약서 또는 증서를 받기 전까지는 현재 가입되어 있는 건강보험을 취하하거나 COBRA 보험혜택 제의를 거절하지 마십시오. 보험 이용 약관을 잘 이해하고 이를 동의하는지 잘 확인하십시오. 그리고 유효일자과 대기기간, 보험료 금액, 보험혜택, 제한 혜택, 비보험 혜택 및 부가 조항 등을 잘 살펴보십시오.

2. Washington Apple Health 전용

귀하의 권리

Washington Health Benefit Exchange 및 Health Care Authority는:

귀하의 권리와 책임에 대해 설명해 달라고 요청하시면 설명해드립니다.

부분 신청서의 제출을 허용합니다. 이 부분적 신청서에는 최소한 귀하의 이름, 주소, 서명 또는 신청인이 위임한 대리인의 서명이 들어가야 합니다. 부분 신청을 받은 날이 신청 날짜입니다. 이 날짜에 따라 건강 보험 효력 발생일이 달라질 수 있습니다. 신청 절차가 완료되기 전까지는 보험 혜택에 대한 최종 결정을 내리지 않습니다.

신청이나 부분 신청 제출이 허용되며 WAC 182-503-0005에 제시된 방법을 이용하실 수 있습니다.

신청을 즉시 그리고 WAC 182-503-0060에 규정된 일정 이내에 처리해드립니다.

우리는 자격 결정을 위해 10일이 필요하므로 귀하에게 10일의 시간을 드립니다. 귀하께서 시간을 더 요청하실 경우 시간을 더 드립니다. 귀하가 정보를 제공해주지 않거나 시간을 더 요청하실 경우 귀하가 신청한 건강 보험 혜택이 거부, 마감, 또는 변경될 수 있습니다.

귀하의 수혜자격을 결정하는 데 필요한 정보나 증거를 구비하시기가 어려울 경우 도움을 제공합니다. 저희가 요구하는 증빙서류를 획득하는 데 돈이 들 경우 저희가 대신 해당 증빙서류를 신청하고 돈을 지불할 수 있습니다.

대부분의 경우에 건강보험 혜택이 중단되기 최소한 10일 전에 통지해드립니다.

대부분의 경우, 45일 이내에 자격 결정 서신을 제공해야 합니다. 일부 장애인 사례의 경우에는 최대 60일이 걸릴 수 있습니다. 저희는 임신 의료에 대한 서면 결정을 15일 이내에 제공합니다.

조사가 진행 중일 때 조사관에게 진술을 거부할 수 있는 권리가 있습니다. 조사관이 집안으로 들어오는 것을 원하지 않으시면 거절하실 수 있습니다. 조사관에게 다음에 다시 오도록 요청할 수 있습니다. 이러한 요청을 하더라도 건강보험 혜택에 대한 수혜자격은 달라지지 않습니다.

보험 혜택 유지 저희가 WAC 182-504-0125에 따라 다른 프로그램에 대한 귀하의 수혜자격을 결정하는 동안 **Washington Apple Health 보험혜택을 계속 이용하실 수 있습니다.**

귀하가 수혜자격이 있는 경우 WAC 182-503-0120에서 설명한 동등한 서비스에 접근할 수 있도록 해드립니다.

귀하의 책임

귀하의 준수 사항:

변경사항을 통보할 의무 변경 사항이 있을 경우 WAC 182-504-0105 및 WAC 182-504-0110에 따라 30일 이내에 **통보해야 합니다.** 승인 서한을 읽으시고 통보해야 할 변경사항으로 무엇이 있는지 확인하셔야 합니다.

요청 시 갱신을 완료해야 합니다.

의료 제공자 정보를 제공할 의무 건강보험 서비스 대금을 청구하는데 필요한 **의료 제공자 정보를 제공해야 합니다.**

자격이 있는 경우 Medicare를 신청해야 합니다.

요청 시 HCA 직원과 협조해야 할 의무가 있습니다.

귀하가 알아야 할 것들

Apple Health 의료 혜택을 요청하고 수혜함으로써, 귀하는 워싱턴 주 정부에 모든 의료 지원 및 건강 관리에 대한 제삼자 지급금에 대한 권리를 양도하게 됩니다.

- **당기관은** 귀 자녀의 예방접종내역을 아동프로필예방접종 추적 시스템(Child Profile Immunization Tracking System)에 **제공할 수 있습니다.**
- **귀하가 신고한 정보는** DSHS에게 제공되어 건강보험 혜택, 현금 지원, 아동 양육 보조금과 같은 프로그램의 수혜자격과 월 수당을 결정하기 위한 판단 자료로 쓰일 수 있습니다.

워싱턴주가 특정한 종류의 의료 서비스를 제공하고 지불한 비용을 재산회수(Estate Recovery)(RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, 및 Chapter 182-527 WAC)를 통해 수혜자의 재산으로부터 회수할 수 있도록 법으로 정해져 있습니다. 워싱턴주는 수혜자가 사망하거나 생존 배우자가 사망하거나 생존 자녀가 21세가 될 때까지 재산을 회수하지 않습니다. 수혜자의 사망 시에 생존 자녀가 시각장애인/기타장애인인 경우에도 회수하지 않습니다. 회수 가능 비용에는 다음이 포함됩니다.

- 특정한 Washington Apple Health 장기요양 서비스 및 지원(이 서비스를 받을 당시 수혜자의 나이가 55세 이상인 경우)
- 특정한 주기금 출연 서비스(서비스를 받을 당시 나이에 관계없이).

WAC 182-527-2746에 따라 비용 회수를 받아야 하는 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다. WAC 182-527-2754에 따라 비용 회수 대상에서 제외된 자산 목록을 확인하실 수 있습니다. 워싱턴주는 또한 42 U.S. Code 1396p의 규정에 따라 사망 후 자산 회수를 위해 사망 전 유치권을 제출할 수 있습니다. 미국 인디언 및 알래스카 원주민 소속의 부족 토지나 일정 부동산은 이 자산 회수 대상에서 제외될 수도 있습니다(WAC 182-527-2754). 워싱턴주는 수혜자의 부동산 또는 재산을 매각해서 비용을 회수할 수 있습니다. 단, 다음의 경우는 예외입니다.

- 배우자가 해당 부동산에 거주하고 있는 경우
- 형제자매가 해당 부동산에 거주하고 있고 공동소유자이며 특정 조건을 충족시키는 경우
- 자녀가 해당 부동산에 거주하고 있고 시각장애인/장애인인 경우
- 자녀가 해당 부동산에 거주하고 있고 21세 미만인 경우

WAC 182-527-2734에서 사망 전 선취특권에 따라 비용 회수를 받아야 하는 서비스 목록을 확인하실 수 있습니다.

귀하가 여러 의료인들로부터 불필요한 의료서비스를 받으려고 할 경우, 이용할 수 있는 의료인이 1명, 약국이 1곳, 및/또는 병원이 1곳으로 제한될 수 있습니다.

3. 공인 건강 플랜 전용

귀하가 알아야 할 것들

Washington Healthplanfinder를 통해 공인 건강 플랜에 등록하셨으나 수혜자격을 검증할 충분한 정보를 제공하지 않으신 경우, 90일 내에 자격 요건을 충족할 수 있는 추가 정보를 제공하셔야 합니다. 귀하에게 제공된 선지급이나 세금공제는 조정의 대상이 됩니다.

귀하에게 사회보장번호(SSN)가 있으신 경우, 신청서에서 제공하셔야 합니다. SSN이 없으시더라도 Washington Healthplanfinder에서 건강보험을 구입하실 수 있습니다. 저희는 이 정보를 이용하여 귀하의 신원과 시민권, 이민 신분, 생년월일, 기타 건강보험 가입 가능여부를 확인하여 귀하의 건강보험 수혜 자격을 확인합니다. 저희는 이 정보를 이민 기관과 공유하지 않습니다. 일부 세금공제와 프로그램은 SSN이 필요합니다.

본인이나 가정의 사회보장번호를 제공하지 않을 경우, 추가 정보를 위해 귀하에게 후속 연락이 필요할 수 있습니다.

Washington Healthplanfinder를 통해 공인 건강 플랜에 등록했는데 소득 변동이 발생한 경우, 최대한 빠른 시일 내에 저희에게 신고하셔야 합니다. 소득 변동 사항이 발생하면 귀하의 자격이 인정되는 세금 공제액이나 분담 비용 절감액이 달라질 수 있습니다. 소득변동으로 인해 저렴한 건강 플랜에 가입할 자격이 생길 수도 있으며, 소득이 증가하고 변화를 신고하지 않을 경우 받으신 세금 공제 혜택의 일부를 환불해야 할 수도 있습니다.

Washington Healthplanfinder 계정에 로그인하시고 “Report a Change(변경사항 신고)”를 선택하여 소득 변경을 신고하실 수 있습니다. 지원이 필요하시거나 저희에게 전화로 통보를 하시려면 저희 고객 지원센터 전화 1-855-923-4633을 이용해주십시오.

세금 공제 조정의 필요: 귀하께서 받으신 세금 공제를 IRS에 신고하셔야 합니다. 정확한 IRS 양식을 포함한 연례 IRS 소득세 신고서를 제출하여 이를 신고하실 수 있습니다. IRS에 세금 공제를 신고하지 않으시면 향후 세금 공제를 받지 못하게 됩니다. 자세한 정보는 IRS 양식 1095와 8962에 제공된 지침에서 확인해주십시오.

표시된 건강 보험 비용은 변경될 수 있습니다. 비용은 변경될 수 있습니다. 건강보험사의 보험 가입 관행과 귀하가 선택한 옵션에 따라 변경될 수 있습니다.

여기 나와 있는 보험료는 신청한 유효일자에 해당됩니다. 귀하의 보험료는 가족의 연령에 따라 결정됩니다. 귀하께서 플랜을 검토한 시기와 플랜이 시작되는 시기(효력일) 사이에 귀하의 가족 구성원의 생일이 있는 경우 보험료가 높아질 수 있습니다. 귀하가 선택한 보험사가 보험료를 수시 변경할 수도 있습니다. 귀하의 보험은 보험사가 대금 수령을 확인하기 전에는 활성화되지 않습니다.

귀하는 워싱턴주 고용안전국에서 귀하의 급여 및 직업 정보를 워싱턴주 HBE에 공개하는 것에 동의합니다. 귀하는 이에 동의함으로써 워싱턴 Healthplanfinder에서 신청 및 재정산 절차를 간소화할 수 있음을 인지합니다. 귀하의 개인 정보는 저희 개인정보 보호정책에 설명된 대로 보호될 것입니다. HBE의 개인정보 보호정책을 wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html에서 확인하십시오.

4. 불만 제기

본 기관은 연방법과 미국 보건 복지부(HHS) 정책에 따라, 인종, 피부색, 출신국, 성별, 나이 또는 장애여부로 인한 차별 대우를 금지합니다. 차별에 대해 이의를 제기하려면 HHS로 연락하십시오.

**Regional Manager,
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**

2201 Sixth Ave. M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
전화: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
팩스: 206-615-2297

귀하는 또한 HHS, Office for Civil Rights(민권실)에 시민권 불만을 제기하실 수 있습니다.

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የጽንፅ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነዶችን ትርጉም ጨምሮ በነጻ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែប្រភេទសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Farsi (Persian)] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[French] Des services d'aide linguistique, dont des interprètes et la traduction des documents, sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-562-3022 (TRS : 711).

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງນາຍແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ຝຣີໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າ. ໂທຫາເລກ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Pashto] په انګلیسي ژبه باندې دپوهیدلو، په شمول د ژباړونکي او د چاپ شوي موادو ژباړه کولو د مرستې خدمتونه، پرته له تادیبي په وړیا توګه شتون لري. دې خدمت ته لاسرسی موندلو لپاره دې شمېرې 1-800-562-3022 ته زنگ ووهئ (د اوریدلو یا خبرو کولو معلولیت لرونکي خلکو د زنگ وھلو شمېره (TRS): 711)

[Portuguese] Serviços de assistência linguística, incluindo interpretação e tradução de versões impressas, estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਆਰੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨ੍ਹਾਵਾ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጉምቲን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓፂሱ ናይ ጽንፅ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).