

Права и обязанности в контексте медицинского страхового покрытия

В этом документе:

- **Раздел 1** Все программы медицинского страхового покрытия
- **Раздел 2** Только для программы Washington Apple Health
- **Раздел 3** Только для квалифицированных планов медицинского страхования
- **Раздел 4** Подача жалобы

1. Все программы медицинского страхования

Ваши права

Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) обязана:

Обеспечить вам помощь при чтении и при заполнении всех требуемых форм. Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (HBE) управляет системой Washington Healthplanfinder, в которой вы подаете заявки и управляете своим страхованием медицинского и стоматологического обслуживания. Для получения помощи обратитесь в Центр поддержки клиентов Washington Healthplanfinder по номеру 1-855-923-4633. Если вы лицо пожилого возраста, имеете инвалидность или страдаете слепотой, или же если вы нуждаетесь в долгосрочном уходе и поддержке (long-term services and supports, LTSS), обратитесь в Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) по телефону 1-877-501-2233.

Предоставлять вам бесплатно и без задержек услуги устного или письменного перевода во время контактов со специалистами биржи HBE, Управления здравоохранения (HCA) или Департамента DSHS. Вы можете в любое время запросить услуги переводчика, обратившись к нам.

Обеспечить конфиденциальность вашей личной информации, однако, для проверки вашего права участия и зачисления вас в программы мы можем обмениваться сведениями с другими ведомствами штата и федеральными ведомствами. Прочтите политику конфиденциальности биржи HBE wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

Обеспечить возможность подачи апелляции, если вы не согласны с решениями, принятыми HBE или DSHS, которые могут повлиять на ваши права на медицинское страхование, долгосрочный уход и поддержку (LTSS), статус участника страхового плана, а также на ваши права на получение налоговых зачетов в счет взносов за медицинское страхование, а также в контексте помощи в оплате страховых взносов или сокращения вашей доли участия в страховании. Подача апелляции приведет к повторному рассмотрению вашего дела. Более подробную информацию о порядке подачи апелляций решений, принятых биржей HBE, можно получить на веб-сайте wahbexchange.org/contact-us/appeals или позвонив в Центр помощи клиентам Washington Healthplanfinder по телефону 1-855-923-4633. Чтобы получить информацию об апелляциях на решения программ Департамента DSHS, вы можете связаться с DSHS по телефону 1-877-501-2233 либо посетить местное отделение Управления по вопросам предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services). Для вас запланируют проведение административного слушания, если апелляция касается решения о страховом покрытии по программе Washington Apple Health (Medicaid).

Обеспечить справедливое отношение. Дискриминация является противозаконной. Деятельность биржи HBE и Управления HCA соответствует применимым федеральным законам, защищающим гражданские права; в ее рамках не применяются практики дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, этническому происхождению, возрасту, наличию инвалидности или по половой принадлежности. В рамках деятельности HBE и HCA не применяются практики, являющиеся исключительными или предполагающие отличное отношение к кому бы то ни было из-за расы, цвета кожи, этнического происхождения, возраста, наличия инвалидности или половой принадлежности.

Биржа HBE и Управление HCA обеспечивают соответствие всем применимым законам штата и не допускают дискриминации на основе вероисповедания, а также по гендерной принадлежности, гендерному самовыражению или идентичности, сексуальной ориентации, семейному положению, религиозным убеждениям, статусу ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой или статусу военнослужащего или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с инвалидностью.

Биржа HBE и Управление HCA:

- Обеспечивают бесплатную помощь и услуги лицам с инвалидностью, чтобы они могли эффективно взаимодействовать с нами, в частности:
 - Предоставляют услуги квалифицированных переводчиков жестового языка.
 - Предоставляют письменную информацию в альтернативных форматах (набранную крупным шрифтом, в аудиоформате, в доступных электронных форматах, в других форматах).
- Предоставляют бесплатные языковые услуги лицам, чей основной язык общения — не английский, в частности:
 - Предоставляют услуги квалифицированных переводчиков.
 - Письменную информацию на других языках. Если вам нужны эти услуги, позвоните по телефону 1-855-923-4633.

Если вы считаете, что биржа HBE или Управление HCA не предоставили соответствующие услуги или применили иную практику дискриминации, вы можете подать жалобу по следующему адресу:

- **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
Факс: 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
Факс: 1-360-507-9234
compliance@hca.wa.gov

Подать жалобу можно лично, или по обычной почте, по факсу или по электронной почте. Если вам необходима помощь в подаче жалобы, вы можете обратиться за помощью в Юридический департамент (Legal Department) Биржи пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон или в Юридический отдел HCA (Division of Legal Services).

Вы также можете подать жалобу на несоблюдение гражданских прав в Управление по защите гражданских прав (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services) по обычной почте, электронной почте, по телефону или онлайн:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Телефон: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (текстовый телефон).

Электронная почта: **ocrmail@hhs.gov**

Онлайн: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

Формы для жалоб доступны на: **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

Ваши обязанности

Вы обязаны предоставить номер в системе социального обеспечения (SSN) или номер иммиграционного документа, если он у вас есть. Если у вас нет номеров в системе социального обеспечения (SSN) или иммиграционных документов, то вы все еще имеете право подавать заявки на страховое покрытие, однако вы можете не иметь права на участие во всех программах с финансовой поддержкой. Мы используем эти данные для проверки вашего права на участие в программах, путем подтверждения ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и доступности для вас различных возможностей страхового покрытия. Мы не раскрываем такую информацию иммиграционным органам. Для некоторых налоговых зачетов и программы требуется SSN.

Если вы не сообщите свой номер в системе социального обеспечения (SSN) или иммиграционного документа или такой номер любого члена вашего домохозяйства, мы направим вам запрос на предоставление дополнительной информации. Предоставить всю информацию или доказательства, необходимые для принятия решения о вашем праве на участие в программе, если этого требует агентство.

Вы должны знать следующее:

Существуют определенные законы штата и федеральные законы, регламентирующие работу Washington Healthplanfinder и управляемых штатом систем подачи заявлений / регистрации в программах и планах, ваши права и обязанности как пользователя таких систем, а также покрытие, получаемое вами в рамках пользования ими. Ваше пользование этими системами автоматически означает, что вы согласны соблюдать законы, применимые к лицам, которые ими пользуются, и к страховому покрытию, которое вы получаете в результате.

Национальный закон о регистрации избирателей от 1973 года требует от всех штатов предоставлять избирателям содействие в регистрации для голосования на выборах через соответствующие агентства по предоставлению государственных льгот. Подача заявки на регистрацию для голосования или отказ от регистрации для голосования на выборах не повлияют на ваше право участия в страховом покрытии или на услуги и объем льгот, которые вы будете получать от нашего агентства. Вы можете зарегистрироваться для голосования на веб-сайте **vote.wa.gov** или заказать форму регистрации избирателя, позвонив по номеру 1-800-448-4881.

В законе об обеспечении доступности и подотчетности в медицинском страховании (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) есть ограничения, которые не позволяют бирже HBE, Управлению HCA или Департаменту DSHS обсуждать информацию о вашем здоровье или о здоровье любого члена вашей семьи с каким-либо лицом, в том числе с официальным представителем, за исключением случаев, когда у этого лица есть доверенность, или же вы подписали форму согласия на раскрытие такой информации. Это ограничение распространяется на информацию о психическом здоровье, результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), сведения о лечении этих заболеваний, а также лечении от алкогольной или лекарственной зависимости и связанные с ним услуги. Дополнительная информация о политике конфиденциальности HBE доступна на **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html**

Закон о доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act) предписывает бирже HBE, Управлению HCA и Департаменту DSHS не передавать личную информацию (personally identifiable information, PII), которая относится к вам или к членам вашей семьи, любому лицу, которое не имеет права на ее получение, и без вашего разрешения.

Информация, передаваемая вами бирже HBE, Управлению HCA и Департаменту DSHS, подлежит проверке компетентными специалистами на федеральном уровне и на уровне штата с целью подтверждения вашего права на медицинское страховое покрытие. В рамках проверки сотрудники агентства могут повторно определять ваше право на участие после завершения процесса регистрации и контактировать с вами.

Если вы начнете заполнять заявление на медицинское страхование в системе Washington Healthplanfinder и по какой-либо причине не завершите этот процесс, введенная вами информация будет сохраняться в системе Washington Healthplanfinder в течение 90 дней, и у вас будет доступ к ней в течение этого срока. Если вы не заполните заявление в течение 90 дней, то по окончании этого срока ваша информация будет удалена из системы Washington Healthplanfinder.

Биржа HBE, Управление HCA и Департамент DSHS не несут ответственности за управление вашим планом медицинского страхования.

Более подробную информацию об условиях страхования может дать ваша страховая компания.

С вопросами об условиях плана медицинского страхования, в том числе о конкретных положенных вам льготах, суммах доплат, порядке подачи заявок о возмещении расходов и апелляциях на решения об отказе в льготах обращайтесь в компанию, предоставляющую вам план медицинского страхования.

Если, в случае прекращения действия программы медицинского страхования, приобретенной через систему Washington Healthplanfinder, у вас будет право на участие в программе COBRA, то ваш работодатель будет управлять программой COBRA и предоставить вам требуемые уведомления о порядке и сроках зачисления в программу COBRA.

Не прекращайте действия имеющегося у вас плана страхования и не отказывайтесь от льгот по программе COBRA до тех пор, пока не получите уведомления об утверждении вашего участия в другой программе страхования и полис, также именуемый страховым контрактом или сертификатом, которые вам должна будет направить ваша страховая компания. Убедитесь, что понимаете условиями полиса и соглашаетесь с ними, обратите особое внимание на дату начала действия страхования, периоды ожидания выплат, сумму страхового взноса, страховые случаи, ограничения, исключения и дополнительные условия страхования.

2. Только для программы Washington Apple Health

Ваши права

Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) обязана:

Разъяснить вам ваши права и обязанности в ответ на ваш вопрос.

Разрешать вам подачу частично заполненного заявления, включающего, как минимум, ваши имя и фамилию, адрес, а также вашу подпись или подпись уполномоченного представителя заявителя. Дата получения нами вашего частичного заявления считается датой подачи вами заявления, от которой может зависеть начало фактического действия для вас страхового покрытия. Мы примем окончательное решение в отношении вашего страхового покрытия только после полного оформления вами вашего заявления.

Разрешить вам подавать полностью или частично оформленные заявления любым из указанных в разделе WAC 182-503-0005 способов.

Своевременно обрабатывать ваше заявление, не превышая сроков, которые указаны в разделе WAC 182-503-0060.

Предоставить вам 10 календарных дней, необходимых нам для определения вашего права на страховое покрытие. Если вам необходимо, мы предоставим вам больше времени. Если вы не предоставите нам необходимой информации или не попросите дать вам дополнительное время на ее предоставление, то мы можем отказать вам в предоставлении страхования, закрыть ваше дело или внести изменения в условия вашего страхового покрытия.

Помогать вам, если вы испытываете затруднения в получении необходимой информации или подтверждающих документов, необходимых нам для того, чтобы подтвердить ваше право на страховое покрытие. При востребовании документа, получение которого будет стоить вам денег, мы сами запросим этот документ и оплатим расходы.

Уведомить вас, как правило, как минимум за 10 дней до прекращения вашего медицинского страхового покрытия.

Предоставить вам в письменном виде решение о праве на участие в программе в течение 45 дней (как правило). Для некоторых претендентов с инвалидностью принятие решения может потребовать до 60 дней. Мы сообщим вам о своем решении в отношении покрытия медицинских расходов в связи с беременностью в течение 15 дней.

Разрешить вам не общаться со следователем, если мы решим провести проверку вашего дела. Вы не обязаны пускать следователя в свой дом. Вы можете попросить следователя прийти в другое время. Такая просьба не повлияет на ваше право на получение медицинского страхового покрытия.

Продолжать предоставление страхования по программе Washington Apple Health до принятия решения о возможности вашего участия в другой программе согласно WAC 182-504-0125.

Обеспечить обслуживание с возможностью равного доступа в соответствии с положениями WAC 182-503-0120, если вы имеете соответствующее право.

Ваши обязанности

Вы обязаны:

Сообщать об изменениях в соответствии с требованиями разделов WAC 182-504-0105 и WAC 182-504-0110 в течение 30 дней с момента наступления изменений. Прочитать письмо с подтверждением и узнать об изменениях, о которых вы должны сообщить.

Принимать меры по продлению действия покрытия в ответ на соответствующие запросы.

Предоставлять поставщикам медицинских услуг информацию, необходимую для выставления нам счетов за оказанные медицинские услуги.

Подать заявку на участие в программе Medicare, если вы имеете соответствующее право.

Сотрудничать с представителями Управления НСА, если вас попросят об этом.

Вы должны знать следующее:

Запрашивая и получая страховое покрытие по программе Apple Health, вы тем самым предоставляете штату Вашингтон все права на получение любых выплат на медицинское обслуживание (medical support) и любой оплаты полученных медицинских услуг, совершенной третьими сторонами.

- **Агентство может передавать** сведения о профилактической вакцинации вашего ребенка в Систему контроля за профилактической вакцинацией детей (Child Profile Immunization Tracking System).
- **Сообщенная вами информация** может быть передана сотрудникам Департамента DSHS для установления права и размера ежемесячных льгот по программам медицинского страхования, денежных и продовольственных пособий и пособий по уходу за детьми.

В соответствии с законодательством, штат Вашингтон может взыскать средства, потраченные им в качестве оплаты за определенные медицинские услуги, из стоимости вашего имущества в рамках процедуры возмещения затрат за счет стоимости имущества (Estate Recovery) (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 и раздел 182-527 WAC). Возмещение затрат за счет имущества происходит только после вашей смерти, смерти вашего (вашей) супруга (супруги) и если вашим детям уже исполнился 21 год. Штат также не взыскивает стоимость услуг из стоимости имущества в случае, если ребенок умершего получателя услуг на момент его смерти является слепым/инвалидом. Штат может взыскать средства за следующие оказанные услуги:

- Определенные услуги и поддержка в рамках долгосрочного ухода по программе Washington Apple Health, если вам исполнилось 55 лет или больше на момент их предоставления;
- Определенные услуги, финансируемые исключительно штатом, вне зависимости от вашего возраста на момент их предоставления.

Список услуг, стоимость которых штат может взыскать, приведен в разделе WAC 182-527-2746. Список объектов имущества, которые не могут быть изъяты в счет взыскания средств за предоставленные услуги, приведен в разделе WAC 182-527-2754. В соответствии с нормой кодекса США 42 U.S. Code 1396p, перед смертью клиента мы можем инициировать распоряжение о залоговом удержании причитающихся нам средств после его смерти. Взыскание может не распространяться на некоторые виды земельной собственности, находящейся во владении американских индейцев и коренных жителей Аляски (WAC 182-527-2754). Штат имеет право взыскать средства за обслуживание после продажи имущества получателя обслуживания, за исключением следующих случаев:

- В объекте имущества проживает ваш (-а) супруг (-а).
- В объекте имущества проживает ваш брат или сестра, который (-ая) является его совладельцем, а также отвечает ряду дополнительных условий.
- В объекте имущества проживает ваш ребенок, который является слепым/инвалидом; или
- В объекте имущества проживает ваш ребенок в возрасте моложе 21 года.

Список услуг, стоимость которых штат может взыскать в рамках залогового удержания имущества до наступления вашей смерти, приведен в разделе WAC 182-527-2734.

Ваш выбор может быть ограничен одним поставщиком медицинских услуг, одной аптекой и/или одной больницей в случае обращения за медицинскими услугами, которые не являются необходимыми.

3. Только для квалифицированных планов страхования здоровья

Вы должны знать следующее

Если вы стали участником квалифицированного плана медицинского страхования при помощи системы Washington Healthplanfinder, но не предоставите информации, достаточной для проверки вашего права на участие, у вас будет 90 дней для предоставления информации, которая удовлетворит требования к участникам. Любые авансовые выплаты налоговых зачетов, оплаченные от вашего имени, подлежат сверке.

Если у вас есть номер в системе социального страхования (SSN), то вы обязаны указать его в заявлении. Если у вас нет SSN, вы все еще можете купить медицинскую страховку в системе Washington Healthplanfinder. Мы используем эти данные для проверки вашего права на медицинское страховое покрытие, путем подтверждения ваших персональных данных, гражданства, иммиграционного статуса, даты рождения и доступности для вас различных возможностей страхового покрытия. Мы не раскрываем такую информацию иммиграционным органам. Для некоторых налоговых зачетов и программ требуется SSN.

Если вы не сообщите свой номер в системе социального обеспечения (Social Security number) или иммиграционного документа или такой номер любого члена вашего домохозяйства, мы направим вам запрос на предоставление дополнительной информации.

Если вы стали участником квалифицированного плана медицинского страхования при помощи системы Washington Healthplanfinder и ваш доход изменился, вы должны как можно быстрее известить нас об этом. Изменение дохода может привести к изменениям размера налоговых зачетов и доли в рамках частичной оплаты, на которые вы имеете право. После того, как вы сообщите и докажете, что ваш доход изменился, вы можете иметь право на приобретение плана страхования по сниженным ценам; либо, если ваш доход увеличился, но вы не сообщили об этом, вам может потребоваться возратить часть налоговых зачетов.

Чтобы сообщить об изменении уровня дохода, войдите в свою учетную запись Washington Healthplanfinder и нажмите «Сообщить об изменении». Для получения помощи свяжитесь с нашим Центром поддержки клиентов по телефону 1-855-923-4633.

Требуется сверка налоговых зачетов: Вы обязаны сообщать в IRS о полученных вами налоговых зачетах. Это делается путем подачи ежегодной декларации о доходах и отправке соответствующих форм в адрес IRS. Непредоставление сведений о налоговых зачетах в IRS не позволит вам получать налоговые зачеты в будущем. Дополнительная информация приведена в инструкциях, содержащихся в формах 1095 и 8962 IRS.

Показанная стоимость медицинского страхования может измениться: Стоимость может меняться в зависимости от практики анализа рисков («андеррайтинг»), принятой страховой компанией, и выбора вами дополнительных доступных возможностей.

Указанные расценки действительны только с даты, которую вы поставили в запросе на предоставление льгот. Сумма вашего страхового взноса зависит от возраста членов вашего домохозяйства. Если день рождения кого-либо из членов вашего домохозяйства приходится на временной промежуток между проверкой вами плана и временем начала плана (дата начала действия), то стоимость вашего страхового взноса может возрасти. Компания, которую вы выбрали для медицинского страхования, может не предоставить гарантированных расценок на конкретный период времени. Ваше страховое покрытие станет активным только после того, как страховая компания подтвердит поступление платежа.

Вы должны дать Департаменту защиты занятости штата Вашингтон (Washington State Employment Security Department) согласие на передачу сведений о своей заработной плате и месте работы системе HBE. Вы должны понимать, что давая такое согласие, вы облегчаете рассмотрение вашего заявления системой Washington Healthplanfinder, а также ускоряете процесс определения положенных вам льгот. Ваша личная информация будет защищена в соответствии с нашей политикой конфиденциальности. Посмотрите политику конфиденциальности биржи HBE на: wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

4. Подача жалобы

В соответствии с федеральным законом и политикой Министерства здравоохранения и социальных услуг США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) в этой системе запрещена дискриминация на основании расы, цвета кожи, национальности, пола, возраста и наличия инвалидности. С жалобой по поводу дискриминации можно обратиться в HHS.

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

Телефон: 1-800-368-1019

TDD (текстовый телефон для слабослышащих): 1-800-537-7697

Факс: 206-615-2297

Вы также можете направить жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по защите гражданских прав HHS.

[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] ተርጓሚትን ናይ ዝተፅሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓፂሉ 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).