

Права та обов'язки щодо медичного страхового покриття

У цьому документі:

- **Розділ 1** Усі програми медичного страхового покриття
- **Розділ 2** Лише для Washington Apple Health
- **Розділ 3** Лише для кваліфікованих планів медичного обслуговування
- **Розділ 4** Подання скарги

1. Усі програми медичного страхового покриття

Ваші права

Організація Washington Health Benefit Exchange й Управління охорони здоров'я повинні:

Допомагати вам ознайомлюватися зі всіма необхідними формами та заповнювати їх. Washington Health Benefit Exchange (HBE) адмініструє портал Washington Healthplanfinder, куди ви заходите, щоб подати заявку та керувати своїм медичним та стоматологічним покриттям. Щоб отримати допомогу, ви можете звернутися до центру підтримки клієнтів Washington Healthplanfinder за номером 1-855-923-4633. Якщо ви особа похилого віку, сліпа особа чи інвалід або потребуєте довгострокових послуг і підтримки (LTSS), ви можете зв'язатися з Департаментом соціального забезпечення та охорони здоров'я (DSHS) за номером 1-877-501-2233.

Безкоштовно та негайно надати вам послуги усного або письмового перекладача, коли ви спілкуєтесь із HBE, Управлінням охорони здоров'я (HCA) або DSHS. Ви можете подати запит щодо перекладача будь-коли, коли зв'яжетеся з нами.

Дотримуватися конфіденційності вашої особистої інформації, але ми можемо відкрити деяку інформацію федеральним агенціям або агенціям іншого штату з метою оцінки правомірності та включення вас до програми. Прочитайте Політику конфіденційності HBE wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

Давати вам можливість подавати апеляцію, якщо ви не згодні з розпорядженням, наданим HBE або DSHS, що впливає на ваше право на медичне страхове покриття, LTSS, план медичного страхування, податкові пільги на внески в рамках програми медичного страхування, допомогу щодо оплати внесків або зменшення частки участі у витратах. Якщо ви подаєте апеляцію, вашу справу буде переглянуто. Ви можете знайти більше інформації про процес подання апеляції HBE, відвідавши wahbexchange.org/contact-us/appeals або звернувшись до центру підтримки клієнтів Washington Healthplanfinder за номером 1-855-923-4633. Щоб отримати інформацію щодо апеляцій стосовно програмам DSHS, зв'яжіться з DSHS за номером 1-877-501-2233 або відвідайте місцевий Офіс домашніх і громадських послуг. Вам буде призначено адміністративне слухання, якщо апеляція стосується рішення щодо покриття Washington Apple Health (Medicaid).

Відноситися до вас чесно. Дискримінація протизаконна. HBE та HCA не порушують Федеральне законодавство з громадянських прав та не дискримінують за расою, кольором шкіри, національністю, віком, інвалідністю або статтю. HBE і HCA не відмовляють людям і не ставляться до людей по-різному через їх расу, колір шкіри, національне походження, вік, інвалідність або стать.

HBE та HCA дотримуються всіх застосовних законів штату та не допускають дискримінації на основі віросповідання, а також за гендерною приналежністю, гендерним самовираженням або ідентичністю, сексуальною орієнтацією, сімейним станом, релігійними переконаннями, у зв'язку зі статусом ветерана, який звільнився із військових сил із позитивною характеристикою, або зі статусом військовослужбовця або у зв'язку із фактом використання спеціально навченого собаки або іншої тварини особою з ознаками інвалідності.

HBE і HCA:

- **Безкоштовно надають наступну допомогу та послуги людям з інвалідністю, щоб вони могли ефективно спілкуватися з нами, наприклад:**
 - Послуги кваліфікованих спеціалістів, що володіють мовою жестів
 - Письмова інформація в іншому форматі (більший шрифт, аудіо, доступні електронні формати, інші формати)
- **Надають безкоштовні мовні послуги людям, чия основна мова не є англійською, наприклад:**
 - Послуги кваліфікованих усних перекладачів
 - Інформація, написана іншими мовами Якщо вам потрібні ці послуги, зверніться за номером 1-855-923-4633.

Якщо ви вважаєте, що HBE або HCA не надали ці послуги або дискримінували в інший спосіб, ви можете подати скаргу в:

- **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

Ви можете принести скаргу особисто або надіслати її на поштову адресу, факсом або електронною поштою. Якщо вам потрібна допомога з поданням скарги, юридичний відділ Washington Health Benefit Exchange або відділ юридичних послуг HCA готові допомогти вам.

Ви також можете подати скаргу щодо громадянських прав до Управління з громадянських прав Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США поштою, електронною поштою, телефоном або онлайн за адресою:

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 (TDD)
Електронна пошта: **ocrmail@hhs.gov**
Онлайн: **ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**

Форми скарг доступні за адресою: **hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

Ваші обов'язки

Ви повинні надати номер соціального страхування (SSN) або номер імміграційного документа, якщо у вас є. Якщо у вас немає SSN або імміграційного документа, ви все одно можете подати заявку на медичне страхове покриття, але можете не мати права на всі програми фінансової допомоги. Ми використовуємо цю інформацію для перевірки вашого права на участь у програмах, підтвердивши вашу особу, громадянство, імміграційний статус, дату народження та доступність іншого медичного страхового покриття. Ми не передаємо цю інформацію жодній імміграційній службі. Номер SSN потрібен для певних податкових пільг і програм.

Якщо ви не надасте SSN або номер імміграційного документа для себе чи когось із членів вашої родини, можливо, нам доведеться зв'язатися з вами для отримання додаткової інформації. На запит агентства надайте будь-яку інформацію або докази, необхідні для прийняття рішення щодо вашої відповідності вимогам.

Речі, які варто знати

Існують певні закони штату та федеральні закони, які регулюють роботу Washington Healthplanfinder та керованих штатом систем подачі заявок, ваші права та обов'язки як особи, яка користується ними, та покриття, яке ви отримуєте через них. Користуючись цими системами, ви погоджуєтесь дотримуватись законів, які застосовуються до осіб, що ними користуються, та покриття, яке вони отримують в результаті.

Національний закон 1973 року про реєстрацію осіб, які мають право голосу, вимагає від усіх штатів забезпечення допомоги у реєстрації таких осіб у своїх офісах суспільної допомоги. Подача заявки на реєстрацію або відмова від реєстрації для голосування не вплине на ваше право на отримання покриття або пільг та послуг, або пільг, які надаються через наші агентства. Ви можете зареєструватися для участі у голосуванні за адресою **vote.wa.gov** або замовити форми реєстрації для участі у голосуванні, зателефонувавши за номером 1-800-448-4881.

Закон про безперервність дії та прозорість медичного страхування (HIPAA) та його обмеження запобігають тому, щоб HBE, HCA та DSHS обговорювали медичну інформацію про вас та будь-яких членів вашої родини з будь-якими особами, включаючи вповноважених представників, якщо тільки така особа не має довіреності або ви не підписали згоду, за якою дозволяєте таке розголошення цієї інформації. Сюди входить розголошення інформації про психічне здоров'я, результати аналізів на ВІЛ, СНІД, ХПШ, а також про лікування та послуги щодо залежності від речовин. Щоб дізнатися більше про політику конфіденційності HBE, відвідайте **wahealthplanfinder.org/_content/PrivacyPolicy.html**

Закон про доступне медичне обслуговування запобігає тому, щоб HBE, HCA та DSHS передавали персональну ідентифіковану інформацію (PII) про вас або будь-яких членів вашої родини будь-яким особам, які не вповноважені отримувати таку інформацію, та без вашої згоди.

Інформація, яку ви надаєте HBE, HCA та DSHS, підлягає перевірці федеральними та державними посадовими особами з метою визначення вашого права на медичне страхове покриття. Перевірка може включати постперевірку щодо відповідності вимогам і подальші дії співробітників агентства.

Якщо ви почали подавати заявку на медичне страхове покриття через Washington Healthplanfinder і не завершили процес з будь-якої причини, ваша інформація зберігатиметься у Washington Healthplanfinder і буде доступною для вас протягом 90 днів. Якщо ви не заповните заявку після 90-денного періоду, вашу інформацію буде видалено з системи Washington Healthplanfinder.

HBE, HCA та DSHS не відповідають за адміністрування вашого плану медичного страхування. Ваш постачальник медичного страхування надасть вам більш детальну інформацію про ваші пільги.

Якщо у вас виникли питання щодо умов вашого плану медичного страхування, включаючи те, на які пільги ви маєте право, витрати з власної кишені згідно з вашим планом, та подання претензії щодо пільг або оскарження відхилення пільг, вам слід звернутися до свого постачальника медичного страхування. Якщо ви маєте право на COBRA після припинення дії будь-якого медичного страхового покриття, придбаного через Washington Healthplanfinder, адміністрування COBRA та надання вам відповідних повідомлень щодо COBRA та строків виборів є відповідальністю вашого роботодавця.

Не скасовуйте будь-які поточні страхові покриття та не відмовляйтеся від будь-яких пільг COBRA, доки не отримаєте лист-підтвердження та страховий поліс, також відомий як страховий контракт або сертифікат, від обраного вами постачальника страхових послуг. Переконайтеся, що ви розумієте умови політики та погоджуєтеся з ними, особливо увагу приділіть строку дії, строкам очікування, розміру внесків, пільгам, обмеженням, виключенням та додатковим положенням.

2. Лише для Washington Apple Health

Ваші права

Організація Washington Health Benefit Exchange й Управління охорони здоров'я повинні:

Пояснити вам ваші права та обов'язки, якщо ви запитаете.

Дозволити вам подати часткову заявку, яка містить щонайменше ваше ім'я, адресу та підпис або підпис уповноваженого представника заявника. День, коли ми отримаємо часткову заявку, вважатиметься днем подання заявки, що може вплинути на те, коли ваше покриття набере чинності. Ми не прийматимемо остаточного рішення про ваше покриття, поки ви не заповните заявку.

Дозволити вам направити або подати часткову заявку будь-яким методом, перерахованим у WAC 182-503-0005.

Обробити вашу заявку якнайшвидше та не пізніше строків, вказаних у WAC 182-503-0060.

Дати вам 10 календарних днів, оскільки нам потрібно визначити вашу відповідність вимогам. Якщо ви просите більше часу, ми дамо вам більше часу. Якщо ви не надасте нам інформацію або не попросите більше часу, ми можемо відмовити, закрити або змінити ваше медичне страхове покриття.

Допомогти вам, якщо у вас виникли складнощі з наданням будь-якої інформації або доказів, необхідних нам для прийняття рішення щодо вашого права на покриття. Якщо нам потрібен документ, який буде коштувати вам грошей, ми надішлемо запит на цей документ і сплатимо кошти.

Повідомити вас, у більшості випадків, принаймні за 10 днів перед тим, як ми зупинимо дію вашого страхового покриття.

Надати вам письмове рішення щодо відповідності вимогам, у більшості випадків, протягом 45 днів. Визначення відповідності вимогам щодо медичного страхового покриття для деяких випадків інвалідності може тривати до 60 днів. Ми надаємо письмове рішення щодо покриття вагітності протягом 15 днів.

Дозволити вам відмовитися розмовляти зі слідчим, якщо ми перевіряємо вашу справу. Ви не повинні дозволяти слідчому входити у вашу домівку. Ви можете просити слідчого прийти знову в інший час. Такий запит не вплине на ваші права щодо отримання медичного страхового покриття.

Продовжувати надавати вам покриття Washington Apple Health, поки ми вирішимо, чи відповідаєте ви вимогам для іншої програми згідно з WAC 182-504-0125.

Надавати вам рівні послуги доступу згідно з WAC 182-503-0120, якщо ви маєте на це право.

Ваші обов'язки

Ви повинні:

Повідомляти про зміни згідно з WAC 182-504-0105 та WAC 182-504-0110 протягом 30 днів з моменту зміни. Ознайомтеся з листом-підтвердженням, щоб дізнатися, про які зміни ви маєте повідомляти.

Здійснювати поновлення, коли ми про це просимо.

Надавати постачальникам медичних послуг інформацію, необхідну для виставлення нам рахунків за медичне обслуговування.

Подавати заявку на Medicare, якщо ви маєте на це право.

Співпрацювати з персоналом НСА, коли вас запитують.

Речі, які варто знати

Коли ви просите надати вам або отримуєте покриття Apple Health, ви надаєте штату Вашингтон всі права на будь-яке медичне обслуговування та на будь-які сторонні виплати на медичне обслуговування.

- **Агенція може розкривати** інформацію щодо імунізації вашої дитини в систему моніторингу профілю імунізації дитини (Child Profile Immunization Tracking System).
- **Інформацію, яку ви повідомляєте**, може бути надано DSHS для визначення вашого права на покриття та щомісячні пільги за програмами, такі як медичне страхове покриття, грошова допомога, продовольча допомога та субсидії з догляду за дитиною.

За законом, штат Вашингтон може відшкодувати кошти, витрачені на певні види медичного обслуговування, за рахунок вашого майна через Estate Recovery (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080, та Розділ 182-527 WAC). Відшкодування

за рахунок майна не відбувається до моменту вашої смерті, смерті вашого чоловіка або дружини та поки вашим дітям не виповниться 21 рік. Також воно не відбувається, якщо ваша дитина, що вас пережила, була сліпою/з обмеженими можливостями на момент вашої смерті. Кошти, що відшкодовуються, включають:

- Певні довгострокові послуги та обслуговування Washington Apple Health, якщо вам виповнилося 55 або більше років на момент отримання таких послуг;
- Певні послуги, фінансовані тільки штатом, незалежно від вашого віку на момент отримання цих послуг.

Ви можете знайти перелік послуг, що підлягають відшкодуванню, у WAC 182-527-2746. Ви можете знайти перелік активів, які виключено із відшкодування, у WAC 182-527-2754. Штат також може висунути право застави до вашої смерті для відшкодування після смерті відповідно до вимог розділу 42 Кодексу законів США, стор. 1396. Плеємінні землі та певна власність, що належать американським індіанцям і корінним жителям Аляски, можуть бути звільнені від відшкодування (WAC 182-527-2754). Штат може відшкодувати кошти через продаж майна або вашої нерухомості, за виключенням випадків, коли:

- Ваш чоловік або дружина проживає у цій нерухомості;
- Ваш брат або сестра проживає у цій нерухомості, є її співвласником і відповідає певним критеріям.
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та є сліпою/з обмеженими можливостями; або
- Ваша дитина проживає у цій нерухомості та їй ще не виповнився 21 рік.

Ви можете знайти перелік послуг, що підлягають відшкодуванню за заставою до вашої смерті, у WAC 182-527-2734.

Вам можуть надати тільки одного постачальника медичних послуг, одну аптеку та/або лікарню, якщо ви звертаєтесь за медичною допомогою, яка вам не потрібна.

3. Лише для кваліфікованих планів медичного обслуговування

Речі, які варто знати

Якщо ви зареєструєтесь у кваліфікованому плані медичного обслуговування через Washington Healthplanfinder і не надасте достатньо інформації, щоб підтвердити свою відповідність вимогам, у вас буде 90 днів, щоб надати додаткову інформацію, щоб задовольнити вимоги відповідності. Будь-які авансові платежі податкових пільг, сплачені від вашого імені, підлягають звільненню.

Якщо у вас є номер соціального страхування (SSN), ви повинні вказати його у заяві. Якщо у вас немає SSN, ви все одно можете придбати медичну страховку на Washington Healthplanfinder. Ми використовуємо цю інформацію, щоб перевірити, чи маєте ви право на медичне страхове покриття, підтверджуючи вашу особу, громадянство, імміграційний статус, дату народження та наявність іншого медичного страхового покриття. Ми не передаємо цю інформацію жодній імміграційній службі. Номер SSN потрібен для певних податкових пільг і програм.

Якщо ви не надасте номер соціального страхування для себе чи когось із членів вашої родини, можливо, нам доведеться зв'язатися з вами для отримання додаткової інформації.

Якщо вас включено до кваліфікованого плану медичного обслуговування через Washington Healthplanfinder та у вас змінився дохід, ви маєте повідомити нас про це якнайшвидше. Зміни в доході можуть змінити податкові пільги або частку участі у витратах, на які ви маєте право. Ви можете мати право на план з меншою вартістю після зміни доходу, або від вас можуть вимагати повернути частину податкових пільг, які ви отримали, якщо ваш дохід зростає, а ви не повідомите про зміни.

Ви можете повідомити про зміну доходу, увійшовши у свій обліковий запис Washington Healthplanfinder і вибравши «Повідомити про зміну». Щоб отримати допомогу або повідомити нас по телефону, зателефонуйте в наш Центр підтримки клієнтів за номером 1-855-923-4633.

Звірка податкових пільг необхідна: Ви зобов'язані передавати в податкову службу IRS відомості про отримані податкові пільги. Ви можете зробити це, подавши щорічну податкову декларацію IRS і включивши правильні форми IRS. Якщо ви не повідомите про податкові пільги до IRS, ви не отримаєте податкові пільги в майбутньому. Для отримання додаткової інформації ознайомтеся з інструкціями, що надаються разом із формами IRS 1095 і 8962.

Наведені витрати на медичне страхування можуть змінитися: Витрати можуть змінитися, базуючись на практиках андеррайтингу постачальника медичного страхування та вашого вибору доступних варіантів.

Показані тарифи стосуються лише вказаної дати подання вами запиту. Плата за вашим внеском залежить від віку членів вашої родини. Якщо в члена вашої родини відзначається день народження між моментом, коли ви переглядаєте план, і моментом початку його дії (дата набрання чинності), плата за вашим внеском може зрости. Вибраний вами постачальник може не гарантувати свої тарифи протягом будь-якого періоду часу. Ваше покриття не буде активним, доки ваш страховик не підтвердить отримання платежу.

Ви погоджуєтесь з тим, що Департамент безпеки зайнятості штату Вашингтон надає НВЕ дані про вашу заробітну плату та зайнятість. Ви визнаєте, що надання цієї згоди допоможе спростити процес подання заявки та повторного визначення відповідності вимогам у Washington Healthplanfinder. Ваша особиста інформація буде захищена, як описано в нашій Політиці конфіденційності. Перегляньте політику конфіденційності НВЕ за адресою wahealthplanfinder.org/us/en/privacy-policy.html.

4. Подання скарги

Відповідно до федерального закону та політики Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США (HHS), у цій установі заборонено дискримінацію за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку чи інвалідності. Щоб подати скаргу про дискримінацію, зверніться до 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: 1-800-537-7697
Факс: 206-615-2297

Ви також можете подати скаргу щодо громадянських прав до Управління з громадянських 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] የጽንድ 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 ጽንድ ሓዝ 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).