

สิทธิและความรับผิดชอบในความคุ้มครองการดูแลสุขภาพ

Health Care Coverage Rights and Responsibilities

สิทธิของคุณ (เราต้อง)

สำหรับโปรแกรมความคุ้มครองสุขภาพทั้งหมด

ช่วยให้คุณอ่านและกรอกแบบฟอร์มที่ร้องขอทั้งหมดคุณสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากฝ่ายบริการสังคมและสวัสดิภาพ (DSHS) ได้ที่หมายเลข 1-877-501-2233

บริการล่ามหรือนักแปล

คุณไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่ต้องรอเมื่อติดต่อกับ DSHS หรือหน่วยงานดูแลด้านสุขภาพ (HCA)

เก็บข้อมูลส่วนบุคคลของคุณเป็นส่วนตัว

แต่เราอาจแบ่งปันข้อมูลบางอย่างกับหน่วยงานของรัฐและรัฐบาลกลาง สถาบันการเงิน และผู้รับเหมาของ HCA อื่น ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ในการมีสิทธิและลงทะเบียน

ให้ออกาสคุณในการอุทธรณ์หาก你不เห็นด้วยกับการตัดสินใจของ DSHS หรือ HCA

ที่มีผลต่อการมีสิทธิในการได้รับความคุ้มครองสุขภาพบริการและความช่วยเหลือระยะยาว (LTSS)

หรือแผนสุขภาพ หากคุณขออุทธรณ์

คดีของคุณจะได้รับการตรวจสอบ

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการอุทธรณ์ในโปรแกรม DSHS

คุณสามารถติดต่อศูนย์บริการลูกค้า DSHS

ได้ที่หมายเลข 1-877-501-2233

หรือเยี่ยมชมสำนักงานบริการชุมชนในพื้นที่ของคุณ

หากมีการอุทธรณ์ขึ้นเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับความคุ้มครองของ Washington Apple Health

ซึ่งไม่ได้รับการแก้ไขโดยการพิจารณาคดี

จะมีการกำหนดเวลาในการพิจารณาคดีให้สำหรับคุณ

ปฏิบัติต่อคุณอย่างเป็นธรรมการเลือกปฏิบัติเป็นในเรื่องที่ผิดกฎหมาย DSHS และ HCA

ปฏิบัติตามกฎหมายสิทธิพลเมืองของสหพันธรัฐที่บังคับใช้และไม่เลือกปฏิบัติตามเชื้อชาติ สีผิว

ชาติกำเนิด อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ DSHS

และ HCA

ไม่ได้กีดกันบุคคลหรือปฏิบัติต่อพวกเขาแตกต่างกัน

ตามเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ

ความทุพพลภาพ หรือเพศ

DSHS และ HCA

ยังปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐที่บังคับใช้และไม่เลือกปฏิบัติตามความเชื่อ เพศ การแสดงออกทางเพศ

หรืออัตลักษณ์ รสนิยมทางเพศ สถานภาพการสมรส

ศาสนาการเป็นทหารผ่านศึกหรือสถานะทางการทหารที่มี

เกียรติหรือการใช้สุนัขทางที่ผ่านการฝึกอบรมหรือสัตว์

บริการสำหรับบุคคลผู้ทุพพลภาพ

DSHS และ HCA:

- ให้ความช่วยเหลือและบริการฟรีแก่ผู้ทุพพลภาพเพื่อให้พวกเขาสามารถสื่อสารกับเราได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น:

- ล่ามภาษามือที่ผ่านการรับรอง

- ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่น ๆ

(การพิมพ์ขนาดใหญ่ เสียง

รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถ

เข้าถึงได้ รูปแบบอื่น ๆ)

- ให้บริการภาษาฟรีแก่ผู้ที่มีภาษาหลักไม่ใช่ภาษาอังกฤษ เช่น:

- ล่ามที่ผ่านการรับรอง

- หากต้องการบริการสำหรับข้อมูลที่เขียน

เป็นภาษาอื่น ติดต่อที่หมายเลข 1-877-501-2233

หากคุณเชื่อว่า DSHS หรือ HCA

ไม่สามารถให้บริการเหล่านี้ได้หรืออาจมีการเลือกปฏิบัติ

คุณสามารถยื่นเรื่องร้องทุกข์กับ:

• DSHS

ATTN: Constituent Services

PO Box 45131

Olympia, WA 98504-5131

1-800-737-0617

โทรสาร: 1-888-338-7410

askdshs@dshs.wa.gov

• HCA Division of Legal Services

ATTN: Compliance Officer

PO Box 42704

Olympia, WA 98504-2704

1-855-682-0787

โทรสาร: 1-360-586-9551

compliance@hca.wa.gov

คุณสามารถยื่นเรื่องร้องทุกข์ได้ด้วยตนเองหรือทางโทรศัพท์ จดหมาย โทรสาร หรืออีเมล บริการ DSHS Constituent Services หรือแผนกกฎหมายของ HCA พร้อมให้ความช่วยเหลือคุณหากคุณต้องการความช่วยเหลือในการร้องทุกข์

นอกจากนี้คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสิทธิพลเมืองได้จากกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์สำนักงานเพื่อสิทธิพลเมืองของสหรัฐฯ

ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ที่ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

หรือทางไปรษณีย์หรือโทรศัพท์ที่:

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 (TDD).
สามารถดูแบบฟอร์มการร้องเรียนได้ที่
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ความรับผิดชอบของคุณ (คุณต้อง) สำหรับโปรแกรมความคุ้มครองสุขภาพที่ ทั้งหมด

การเปิดเผยหมายเลขประกันสังคมและสถานะการ
เช่าเมือง ด้วยชื่อยกเว้นบางประการ
คุณจะต้องให้หมายเลขประกันสังคม (SSN)
หรือหมายเลขเอกสารการเช่าเมืองของตัวเองหรือ
ผู้อื่นในครัวเรือนของคุณที่ต้องการสมัครขอรับความ
คุ้มครองสุขภาพหมายเลขประกันสังคมจำเป็นสำหรับกา
รยื่นขอเครดิตภาษีเบี้ยประกันสุขภาพ
เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของคุณโดยยึ
นส่วนตัว สัญชาติ สถานะการเช่าเมือง วันเดือนปีเกิด
และความพร้อมของความคุ้มครองสุขภาพอื่น ๆ
ของคุณ
เราไม่แบ่งปันข้อมูลนี้กับหน่วยงานตรวจคนเข้า
เมืองใด ๆ

เป็นไปได้ที่จะยื่นขอความคุ้มครองสำหรับสมาชิกบาง
คนในครอบครัวของคุณ แต่ไม่ใช่คนนอก
หากคุณไม่มีหมายเลขประกันสังคมหรือหมายเลข
เอกสารการเช่าเมืองของสมาชิกทุกคนในครัวเรือน
ผู้อื่นยังสามารถสมัครและรับความคุ้มครองได้
ตัวอย่างเช่นคุณสามารถสมัครให้บุตรหลานของคุณ
แม้ว่าคุณจะไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง
การสมัครจะไม่ส่งผลกระทบต่อสถานะการเช่าเมือง
หรือโอกาสในการเป็นผู้อยู่อาศัยถาวรหรือพลเมืองข
งคุณ

นอกจากนี้ยังมีโปรแกรม Washington Apple Health
สำหรับผู้ที่ไม่สามารถแสดงได้ว่าพวกเขาอยู่ในประเทศ
อย่างถูกกฎหมายแต่หากคุณเลือกที่จะไม่ให้หมายเลข
ประกันสังคมหรือหมายเลขเอกสารการเช่าเมืองสำ
หรับบุคคลในครัวเรือนของคุณเราจะต้องติดตามคุณแ
เพื่อรับข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของผู้ที่ไม่ใช่ผู้สมัคร
หากมีการร้องขอจากหน่วยงาน
ให้ข้อมูลหรือหลักฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจว่า
คุณมีสิทธิ

สิ่งที่คุณควรทราบ สำหรับโปรแกรมความคุ้มครองสุขภาพที่ ทั้งหมด

มีกฎหมายของรัฐและรัฐบาลกลางบางประการ
ที่ควบคุมการทำงานของ Washington
Connection และระบบการใช้งานที่ดูแลโดยรัฐ
สิทธิและความรับผิดชอบของคุณในฐานะผู้ใช้งานแ
และความครอบคลุมที่คุณได้รับการใช้งาน
ในการใช้ระบบเหล่านี้คุณตกลงที่จะปฏิบัติตามกฎ
หมายที่บังคับใช้กับผู้ที่ใช้และความคุ้มครองที่พวกเขา
ได้รับ

พระราชบัญญัติการลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งแ แห่งชาติปี 1973

กำหนดให้ทุกรัฐต้องให้ความช่วยเหลือในการลงทะเบียน
ผู้มีสิทธิเลือกตั้งผ่านสำนักงานให้ความช่วยเหลือ
สาธารณะการสมัครลงทะเบียนหรือปฏิเสธการลงทะเบียน
เพื่อลงคะแนนจะไม่ส่งผลกระทบต่อบริการหรือสวัสดิ
การที่คุณจะได้รับจากหน่วยงานที่คุณสามารถลงทะเบียน
เพื่อลงคะแนนได้ที่ www.vote.wa.gov
หรือส่งแบบฟอร์มลงทะเบียนผู้มีสิทธิเลือกตั้งโดยโทร
ที่หมายเลข 1-800-448-4881

พระราชบัญญัติการประกันสุขภาพแบบพกพาและ ความรับผิดชอบ (HIPAA) ข้อจำกัดป้องกันไม่ให้ HCA และ DSHS

หรือเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของคุณหรือสมาชิกใน
ครัวเรือนของคุณกับผู้อื่นรวมถึงตัวแทนที่ได้รับอนุญาต
วันแต่บุคคลนั้นจะมีหนังสือมอบอำนาจหรือคุณได้ลงนาม
ในแบบฟอร์มยินยอมให้อนุญาตการเปิดเผยข้อมูลนี้
ซึ่งรวมถึงการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพจิต เอชไอวี เอ็ดส์
ผลทดสอบ STD
หรือการรักษาและบริการที่ต้องมีการใช้สารเคมี

พระราชบัญญัติการดูแลในจำนวนเงินที่สามารถจ่าย
ได้ ป้องกันไม่ให้ DSHS และ HCA
มีการให้ข้อมูลส่วนบุคคล (PII)
ของคุณหรือสมาชิกในครัวเรือนของคุณแก่ผู้ที่ไม่ได้รับ
อนุญาตให้รับข้อมูลและไม่ได้รับความยินยอมจากคุณ

ข้อมูลที่คุณให้แก่ DSHS และ HCA

ขึ้นอยู่กับตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลางแ
และรัฐเพื่อจุดประสงค์ในการพิจารณาคุณสมบัติสำหรับก
ารประกันสุขภาพของคุณผลการตรวจสอบอาจรวมถึงการติ
ดต่อเพื่อติดตามผลจากเจ้าหน้าที่ตัวแทน

HCA และ DSHS

จะไม่รับผิดชอบในการจัดการแผนประกันสุขภาพข
องคุณผู้ให้บริการประกันสุขภาพของคุณสามารถให้ข
อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของคุณ
หากคุณมีคำถามเกี่ยวกับเงื่อนไขของแผนประกันสุ
ภาพของคุณรวมถึงสิทธิประโยชน์ที่คุณมีสิทธิได้
รับและการเรียกร้องผลประโยชน์หรือการปฏิเสธสิ
ทธิประโยชน์คุณควรติดต่อผู้ให้บริการประกันสุ
ภาพของคุณ

คุณสามารถสมัครใช้บริการบ่งคับใช้ความช่วย
เหลือผ่านแผนกให้ความช่วยเหลือเด็ก (DCS)
สามารถการให้บริการเหล่านี้ได้ที่
www.childsupportonline.wa.gov
หรือติดต่อสำนักงาน DCS ในพื้นที่ของคุณ

สิทธิของคุณ (เราต้อง) สำหรับ Washington Apple Health เท่านั้น

อธิบายถึงสิทธิและความรับผิดชอบของคุณ
หากคุณสอบถาม

อนุญาตให้คุณส่งใบสมัครบางส่วน
ที่อย่างน้อยประกอบด้วยชื่อ ที่อยู่ และลายเซ็น
หรือลายเซ็นของตัวแทนผู้มีอำนาจของผู้สมัคร
วันที่เราได้รับใบสมัครบางส่วนคือวันที่สมัคร
ของคุณซึ่งอาจส่งผลเมื่อความคุ้มครองข
งคุณมีผลบังคับใช้เราจะไม่ตัดสินใจขั้นสุดท้าย
เกี่ยวกับความคุ้มครองของคุณจนกว่าจะ
เสร็จสิ้นการสมัคร

อนุญาตให้คุณส่งใบสมัครหรือใบสมัครบางส่วน โดยใช้วิธีการใด ๆ ที่ระบุไว้ภายใต้ WAC 182-503-0005

ประมวลผลใบสมัครของคุณทันที และไม่ช้ากว่ากำหนดเวลาตามที่อธิบายไว้ใน WAC 182-503-0060

ใช้เวลา 10 วันตามปฏิทิน

สำหรับการให้ข้อมูลที่เรต้องการเพื่อการพิจารณาสิทธิ์ หากคุณขอเวลาเพิ่ม เราจะให้เวลาคุณมากขึ้น หาก你不ให้ข้อมูลกับเราหรือขอเวลาเพิ่ม เราอาจปฏิเสธ ปิด หรือเปลี่ยนการคุ้มครองสุขภาพของคุณ

ช่วยเหลือคุณ

หากคุณมีปัญหาในการรับข้อมูลหรือหลักฐานที่จำเป็นที่เราใช้ในการตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์ หากเราต้องการเอกสารที่จะทำให้คุณต้องเสียเงิน เราจะส่งให้และจ่ายให้คุณ

ส่วนใหญ่แล้วจะแจ้งเตือนคุณอย่างน้อย 10 วันก่อนที่เราจะหยุดการคุ้มครองสุขภาพของคุณ

ให้การตัดสินใจเป็นลายลักษณ์อักษรแก่คุณ

ส่วนใหญ่แล้วภายใน 45 วัน การคุ้มครองสุขภาพสำหรับผู้พลภาพบางรายอาจใช้เวลาถึง 60 วัน เราให้การตัดสินใจเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ภายใน 15 วัน

อนุญาตให้คุณปฏิเสธที่จะพูดกับผู้ตรวจสอบหากเราตรวจสอบกรณีของคุณคุณไม่จำเป็นต้องให้ผู้ตรวจสอบเข้าไปในบ้านของคุณคุณอาจขอให้ผู้ตรวจสอบกลับมาอีกครั้งคำขอดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ของคุณในการได้รับความคุ้มครองสุขภาพ

ทำประกันความคุ้มครองสุขภาพของ Washington Apple Health ต่อ

ในขณะที่เราตัดสินใจว่าคุณมีสิทธิ์สำหรับโปรแกรมอื่นตาม WAC 182-504-0125

ให้บริการการเข้าถึงที่เท่าเทียมกัน ดังที่ได้อธิบายไว้ใน WAC 182-503-0120 หากคุณมีสิทธิ์

ความรับผิดชอบของคุณ (คุณต้อง) สำหรับ Washington Apple Health เท่านั้น

รายงานการเปลี่ยนแปลงตามต้องการ ใน WAC 182-504-0105 และ WAC 182-504-0110 ภายใน 30 วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

อ่านจดหมายอนุมัติของคุณเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่คุณต้องรายงาน

ต่ออายุเสร็จสมบูรณ์ เมื่อสอบถาม

ให้ข้อมูลผู้ให้บริการทางการแพทย์

ที่จำเป็นต้องเรียกเก็บเงินค่าบริการด้านสุขภาพจากเรา

สมัคร Medicare หากคุณมีสิทธิ์ได้รับ

ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ประกันคุณภาพ เมื่อถูกถาม

สมัครและพยายามอย่างสมเหตุสมผล

ที่จะรับรายได้ที่เป็นไปได้จากแหล่งอื่นเมื่อคุณขอหรือรับความคุ้มครองด้านสุขภาพของ Apple Washington Health

สิ่งที่คุณควรทราบ สำหรับ Washington Apple Health เท่านั้น

โดยการขอและรับ Washington Apple Health

คุณให้สิทธิ์แก่รัฐวอชิงตันในการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์และการจ่ายเงินให้บุคคลอื่นเพื่อการดูแลสุขภาพ

หน่วยงานอาจแบ่งปัน

ประวัติการนัดวัคซีนของบุตรหลานของคุณด้วยระบบติดตามการนัดวัคซีนป้องกันในเด็ก

ข้อมูลที่คุณรายงานอาจให้แก่ DSHS

เพื่อพิจารณาคุณสมบัติและผลประโยชน์รายเดือนสำหรับโปรแกรมต่างๆ เช่น การประกันสุขภาพ การให้ความช่วยเหลือด้านเงินสด การช่วยเหลือด้านอาหาร และเงินช่วยเหลือในการดูแลเด็ก

ตามกฎหมายรัฐวอชิงตันอาจเรียกคืนค่าใช้จ่ายที่จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์บางประเภทจากอสังหาริมทรัพย์ของคุณผ่านการเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์ (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080 และบท 182-527 WAC)

จะไม่มี การเรียกคืนอสังหาริมทรัพย์จนกว่าคุณจะเสียชีวิตและคู่สมรสที่รอดชีวิตของคุณและลูกที่รอดชีวิตของคุณมีอายุ 21 ปีขึ้นไป

และจะไม่เกิดขึ้นหากเด็กที่รอดชีวิตตามอด/พิการในเวลาที่คุณเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายที่สามารถเรียกคืนได้รวมถึง:

- บริการและความช่วยเหลือระยะยาวของ Washington Apple Health หากคุณอายุ 55 ปีขึ้นไปในเวลาที่ได้รับบริการ
- บริการที่ได้รับเงินทุนจากรัฐบางแห่งโดยไม่จำกัดอายุของคุณในขณะที่รับบริการ

คุณสามารถค้นหารายการบริการที่มีการเรียกคืนค่าใช้จ่ายภายใต้ WAC 182-527-2742

คุณสามารถค้นหารายการสินทรัพย์นอกเหนือจากการเรียกคืนภายใต้ WAC 182-527-2746

รัฐอาจยื่นภาระผูกพันก่อนเสียชีวิตในทรัพย์สินของคุณไม่ว่าอายุเท่าใดก็ตามหากคุณกลายเป็นสถาบันถาวร (WAC 182-527-2734).

รัฐอาจเรียกคืนจากการขายทรัพย์สินหรืออสังหาริมทรัพย์ของคุณ เว้นแต่:

- คู่สมรสของคุณอาศัยอยู่ในที่พัก
- พี่น้องของคุณที่อาศัยอยู่ในโรงแรมแห่งนี้ เป็นเจ้าของร่วมและปฏิบัติตามเงื่อนไขบางประการ
- บุตรหลานของคุณอาศัยอยู่ในที่พักและตามอด/ทุพพลภาพ หรือ
- บุตรหลานของคุณอาศัยอยู่ในที่พักและอายุน้อยกว่า 21 ปี

คุณสามารถค้นหารายการบริการภายใต้การเรียกคืนค่าใช้จ่ายภายใต้สิทธิ์ยัดหน่วงก่อนการเสียชีวิตใน WAC 182-527-2734

อาจมีการจำกัดให้ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ ปรานขายยาและ/หรือโรงพยาบาล

หากคุณมองหบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นจากผู้ให้บริการ

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Amharic] የትንቢት ለገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ ትርጉም ልማት በነጻ ይሰጣል። 1-877-501-2233 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူပြုဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារបោះពុម្ព គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-501-2233 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງງານແປພາສາ ແລະ ການແປເອກສານຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ບໍລິໂພດບໍ່ຄິດຄ່າ, ໂທຫາລະກ 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-877-501-2233 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالبت) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. شماره 1-877-501-2233 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-877-501-2233 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyonang tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-877-501-2233 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተሓሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ጽንድ ሓገዝ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ክፍሊት ይርከቡ። ብ 1-877-501-2233 (TRS: 711) ደውሉ።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-501-2233 (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 1-877-501-2233 (TRS: 711).