El documento de Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo para los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominada la prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de su cobertura, ingrese a https://regence.com/go/2023/policy/UT/BronzeHSA6750IFNEx o llame al 1 (888) 231-8424. Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en la página web healthcare.gov/sbc-glossary o puede llamar al 1 (888) 231-8424 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	$6.750 por persona (cobertura individual)/$13.500 por familia por año calendario.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos pagados del deducible de todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?	Sí. Determinada atención preventiva y los servicios que se indican a continuación como "no se aplica deducible" o como "sin cargo".	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted no haya alcanzado el monto del deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso directo para este plan?	$7.500 por persona (cobertura individual)/$15.000 por familia* por año calendario. *El miembro con cobertura familiar no podrá exceder su límite de desembolso directo de $7.500.	El límite de desembolso directo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, se debe alcanzar el límite de desembolso directo general familiar.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Las primas, los cargos de facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso directo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte https://regence.com/go/UT/IFN o llame al 1 (888) 231-8424 para obtener una lista de los proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor en la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la

		red podría recurrir a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una derivación.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de que se ha alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta con el médico de atención primaria por una lesión o enfermedad	50% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	50% de coseguro	Sin cobertura	
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Usted debe pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego consulte lo que su plan pagará.
Si se le realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	50% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (TC/TEP, IRM)	50% de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** disponible en https://regence.com/go/2023/UT/6tier	Medicamentos genéricos preferidos y medicamentos genéricos	20% de coseguro/receta en farmacia minorista preferida 20% de coseguro/receta en farmacia de entrega a domicilio preferida 35% de coseguro/receta en farmacia minorista 35% de coseguro/receta en farmacia de entrega a domicilio	Sin cobertura	Los medicamentos recetados que no están en la Lista de medicamentos no están cubiertos, a menos que se apruebe una excepción. No aplica deducible para insulina y medicamentos específicamente designados como preventivos para el tratamiento de enfermedades crónicas que están en la Lista de medicamentos de Optimum Value. La cobertura incluye medicamentos de quimioterapia contra el cáncer autoadministrables al 50% de coseguro para recetas en en farmacia minorista y de entrega a domicilio (pedidos por correo), consulte su plan para obtener más información. Suministro de 90 días/receta en farmacia minorista (su costo compartido es por un suministro de 30 días)
	Medicamentos de marca preferidos	40% de coseguro/receta en farmacia minorista 40% de coseguro/receta en farmacia de entrega a	Sin cobertura	

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
		domicilio		Suministro de 90 días/receta en farmacia de entrega a domicilio (pedidos por correo) Suministro para 30 días/receta de medicamento de especialidad o medicamentos para quimioterapia autoadministrables para el cáncer Los medicamentos de especialidad no están disponibles a través del servicio de entrega a domicilio (pedidos por correo). Los costos compartidos para insulina de marca preferida no excederán los $27/receta para suministro de 30 días en farmacia minorista o $81/receta para suministro de 90 días en farmacia de entrega a domicilio (pedidos por correo). Sin cargo para determinados medicamentos preventivos, anticonceptivos y vacunas en una farmacia participante. Si surte un medicamento de marca o medicamento de especialidad cuando hay un medicamento genérico equivalente o medicamento biosimilar de especialidad disponible, usted paga la diferencia del costo, además del copago y/o coseguro. El primer surtido de medicamentos de especialidad se puede proporcionar en una farmacia minorista; los resurtidos adicionales se deben proporcionar en una farmacia de especialidad. Los medicamentos utilizados como parte de un régimen de tratamiento de medicamentos contra el cáncer para pacientes ambulatorios que sean proporcionados y dispensados en un entorno profesional estarán sujetos a estos beneficios de recetas.
	Medicamentos de marca	50% de coseguro/receta en farmacia minorista 50% de coseguro/receta en farmacia de entrega a domicilio	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad preferidos y medicamentos de especialidad	40% de coseguro/medicamento de especialidad preferido 50% de coseguro/medicamento de especialidad	Sin cobertura	
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (por ej., un centro de cirugía ambulatoria)	50% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	50% de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita atención médica de inmediato	Atención de la sala de emergencias	50% de coseguro	50% de coseguro	El deducible dentro de la red aplica a los servicios dentro de la red y fuera de la red.
	Transporte médico de emergencia	50% de coseguro	50% de coseguro	
	Atención de urgencia	50% de coseguro	50% de coseguro	El deducible dentro de la red aplica a los servicios dentro de la red y fuera de la red.
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (por ej., la habitación del hospital)	50% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	50% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	50% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	50% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	50% de coseguro	Sin cobertura	La cobertura de adopción se paga en el beneficio dentro de la red, limitado a $4.000/embarazo. El beneficio de indemnización por adopción no es intercambiable por los beneficios de tratamiento para la infertilidad. El costo compartido no se aplica para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicio, se puede aplicar un copago, coseguro o deducible. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otro lugar en el SBC (por ej., ecografía).
	Servicios profesionales para nacimientos/partos	50% de coseguro	Sin cobertura	
	Servicios del centro para nacimientos/partos	50% de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	50% de coseguro	Sin cobertura	30 visitas/año
	Servicios de rehabilitación	50% de coseguro	Sin cobertura	30 días como paciente hospitalizado/año y atención de enfermería especializada combinados 20 visitas como paciente ambulatorio combinadas/año

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
	Servicios de habilitación	50% de coseguro	Sin cobertura	30 días como paciente hospitalizado y 20 visitas como paciente ambulatorio combinadas/año Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
	Atención de enfermería especializada	50% de coseguro	Sin cobertura	30 días como paciente hospitalizado/año y atención de enfermería especializada combinados
	Equipo médico duradero	50% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de un centro de cuidados paliativos	50% de coseguro	Sin cobertura	6 meses de servicios de centro de cuidados paliativos/3 años
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	1 examen de la vista de rutina/año para personas menores de 19 años de edad
	Anteojos para niños	0% de coseguro	Sin cobertura	1 par de lentes/año 1 juego de armazones/año Anteojos limitados a personas menores de 19 años. Los armazones de médicos de VSP están limitados a Otis & Piper Eyewear Collection.
	Chequeo dental para niños	Sin cargo	Sin cobertura	2 limpiezas/año 2 exámenes preventivos orales/año La cobertura se limita a menores de 19 años.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Ejemplos de exclusión

Los siguientes ejemplos de limitaciones y exclusiones se incluyen para ilustrar los tipos de afecciones, tratamientos, servicios, suministros o alojamiento que pueden no estar cubiertos por su plan, incluidas las afecciones médicas secundarias relacionadas, y no incluyen todos los casos:

- cargos relacionados con cirugía reconstructiva o plástica que pueden tener beneficios limitados, como una descamación química o peeling que no alivie una incapacidad funcional;

- complicaciones relacionadas con los servicios y suministros para, o en relación con, derivación gástrica o intestinal, grapas gástricas u otro procedimiento quirúrgico similar para facilitar la pérdida de peso, o para, o en relación con, la reversión o revisión de dichos procedimientos, o cualquier complicación o consecuencia directa del mismo;
- complicaciones por infección de un procedimiento cosmético, excepto en casos de cirugía reconstructiva:
  - cuando el servicio es incidental o posterior a una cirugía resultante de un trauma, infección u otras enfermedades de la parte afectada; o
  - relacionados con una enfermedad congénita o anomalía de un niño cubierto que ha resultado en un defecto funcional; o
- complicaciones que resulten de una lesión o enfermedad como consecuencia de la participación activa en actividades ilegales.

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto o para evitar la muerte de la persona inscrita)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica, solamente manipulaciones de la columna
- Cirugía estética, excepto anormalidades congénitas
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Tratamientos para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicio de enfermería privada
- Atención de rutina de la vista (adulto)
- Atención de rutina de los pies, excepto para pacientes diabéticos
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).

- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.

Sus derechos a continuar con la cobertura: hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que esta termina. La información de contacto de esas agencias es: la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration), del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor), llamando al 1 (866) 444-3272 o en dol.gov/ebsa/healthreform, o los Centros de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), llamando al 1 (877) 267-2323 extensión 61565 o en cciio.cms.gov o el departamento de seguros de su estado. También se puede comunicar con el plan llamando al 1 (888) 231-8424. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual, a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite HealthCare.gov o llame al 1 (800) 318-2596.

Sus derechos de quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta reclamación se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, vea la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para obtener ayuda, comuníquese con el plan llamando al 1 (888) 231-8424 o visite la página web regence.com o con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, llamando al 1 (866) 444-3272 o en la página web dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Utah llamando al 1 (801) 957-9200 o a la línea gratuita de mensajes al 1 (800) 439-3805; por escrito al Utah Department of Insurance, 4315 S 2700 W, Suite 2300, Taylorsville, UT 84129; a través de Internet en: www.insurance.utah.gov; o por correo electrónico a: healthappeals.uid@utah.gov.

¿Proporciona este plan una Cobertura esencial mínima? **Sí**

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted califica para determinados tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no califique para el crédito fiscal de la prima.

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimo? **Sí**

Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, usted puede calificar para un crédito fiscal de la prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1 (888) 231-8424.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos para una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta para calcular costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos en virtud del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

El deducible general del plan	$6.750
Coseguro de especialista	50%
Coseguro del hospital (centro)	50%
Otro coseguro	50%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para nacimientos/partos
Servicios del centro para nacimientos/partos
Prueba de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)*
Vista al especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12.700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$6.750
Copagos	$0
Coseguro	$750
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$61
El total que Peg pagaría es	**$7.561**

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

El deducible general del plan	$6.750
Coseguro de especialista	50%
Coseguro del hospital (centro)	50%
Otro coseguro	50%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5.600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$2.029
Copagos	$0
Coseguro	$1.250
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$178
El total que Joe pagaría es	**$3.457**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

El deducible general del plan	$6.750
Coseguro de especialista	50%
Coseguro del hospital (centro)	50%
Otro coseguro	50%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención de la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2.800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$2.800
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2.800**

El plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

VSP es una compañía separada que brinda servicios de beneficios para la visión.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Regence complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Regence does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Regence:
Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, and accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services listed above, please contact:

Medicare Customer Service
1-800-541-8981 (TTY: 711)

Customer Service for all other plans
1-888-344-6347 (TTY: 711)

If you believe that Regence has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our civil rights coordinator below:

Medicare Customer Service
Civil Rights Coordinator
MS: B32AG, PO Box 1827
Medford, OR 97501
1-866-749-0355, (TTY: 711)
Fax: 1-888-309-8784
medicareappeals@regence.com

Customer Service for all other plans
Civil Rights Coordinator
MS CS B32B, P.O. Box 1271
Portland, OR 97207-1271
1-888-344-6347, (TTY: 711)
CS@regence.com

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

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

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Language assistance

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-344-6347 (TTY: 711).

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 1-888-344-6347 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-344-6347 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-344-6347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-344-6347 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-344-6347 (телетайп: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-344-6347 (ATS : 711)

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。1-888-344-6347（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'dę́ę́', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-888-344-6347 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-888-344-6347 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-888-344-6347 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-344-6347 (TTY: 711)។

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-344-6347 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፤ በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-344-6347 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)፡፡

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-344-6347 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-888-344-6347 (टिटिवाइ: 711

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-344-6347 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-888-344-6347 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-344-6347 (TTY: 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-888-344-6347 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-888-344-6347 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 711) 1-888-344-6347 تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-344-6347 (رقم هاتف الصم والبكم TTY: 711)