
 **혜택 및 보장 요약(SBC)** 문서는 건강 플랜을 선택할 때 도움이 됩니다. SBC에는 귀하와 본 플랜 이 보장되는 의료 서비스에 대한 비용을 어떻게 분담하는지에 관해 설명되어 있습니다. 참고: 본 플랜의 비용(보험료라고 함)에 대한 정보는 별도로 제공됩니다. 이 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장에 관한 더 자세한 정보가 필요하거나 전체 보장 약관 사본을 받으려면 <https://kp.org/plandocuments> 를 참조하거나 1-800-813-2000 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 허용 금액, 잔액 청구, 공동 보험료, 코페이먼트, 공제액, 제공자와 같은 일반 용어 또는 기타 밑줄 친 용어들의 일반적 정의는 용어집을 참조하시기 바랍니다. 용어집은 [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary)에서 확인하시거나 1-800-813-2000 (TTY: 711)번으로 전화하여 사본을 요청하실 수 있습니다.

중요한 질문	답	중요한 이유
전체 공제액이 어떻게 됩니까?	개인 \$3,000 / 가족 \$6,000	일반적으로 본 플랜에서 지불을 시작하기 전에 귀하는 제공자가 청구한 모든 비용을 해당 공제액 금액까지 지불하셔야 합니다. 본 플랜에 다른 가족원들도 가입되어 있을 경우, 가족 구성원 모두가 지불한 공제액 총액이 전체 가족 공제액에 도달할 때까지 각 가족 구성원은 각자 개인 공제액을 반드시 충족해야 합니다.
공제액이 충족되기 전에 보장되는 서비스가 있습니까?	예. 예방 의료 및 2페이지부터 시작하는 도표에 표시된 서비스.	본 플랜은 가입자가 공제액 금액을 충족하지 않은 경우에도 일부 용품과 서비스를 보장해 드립니다. 하지만 코페이먼트 또는 공동 보험료가 적용될 수 있습니다. 예를 들어 본 플랜은 비용 분담 없이 공제액이 충족되기 전에 특정 예방 의료 서비스를 보장합니다. 보장되는 예방 의료 서비스의 목록은 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 를 참조해 주십시오.
특정 서비스를 받기 위해 다른 공제액을 지불해야 합니까?	아니요.	특정 서비스에 대해 공제액을 충족할 필요가 없습니다.
본 플랜의 본인 부담 한도액이 어떻게 됩니까?	개인 \$8,600 / 가족 \$17,200	본인 부담 한도액은 보장 서비스에 대해 귀하가 한 해 내에 지불하게 될 수 있는 최대 금액입니다. 본 플랜에 다른 가족원들도 가입되어 있을 경우, 가족 전체의 본인 부담 한도액에 도달할 때까지 각자 개인의 본인 부담 한도액을 충족해야 합니다.
무엇이 본인 부담 한도액에 포함되지 않습니까?	보험료, 본 플랜에서 보장되지 않는 서비스, 학생 지역 외 보장에 따른 서비스 비용 지불.	귀하가 이러한 비용을 지불하셔도 본인 부담 한도액 산정에 적용되지 않습니다.
네트워크 소속 제공자를 이용하면 비용 부담이 줄어듭니까?	네트워크 소속 제공자의 목록은 <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> 를 참조하거나 1-800-813-2000 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오.	본 플랜은 제공자 네트워크를 이용합니다. 플랜의 네트워크에 있는 제공자를 이용하면 부담하게 되는 비용이 줄어듭니다. 네트워크 비소속 제공자를 이용할 경우 부담 비용이 가장 높아지며, 제공자가 청구한 금액과 플랜이 지불하는 금액의 차액에 대해 제공자로부터 청구서를 받으실 수도 있습니다(잔액 청구). 일부 서비스(예: 임상 병리 검사)에 대해 네트워크 소속 제공자는 네트워크 비소속 제공자를 이용할 수도 있습니다. 서비스를 받으시기 전에 제공자에게 확인해 주십시오.
전문의에게 진료를 받기 전에 진료 의뢰를 받아야 합니까?	예. 하지만 특정 전문의에게는 직접 진료를 의뢰하실 수 있습니다.	본 플랜은 전문의에게 진료를 받기 전에 진료 의뢰를 받은 경우에만 보장 서비스에 대한 전문의 진료 비용의 일부 또는 전부를 지불해 드립니다.

 본 도표에서 표시된 모든 코페이먼트와 공동 보험료 비용은 공제액이 적용되는 경우, 공제액이 충족된 후의 금액입니다.

일반 의료 상황	필요한 서비스	본인 부담 플랜 제공자 (최소 비용 부담)	본인 부담 비플랜 제공자 (최대 비용 부담)	제한, 예외 및 기타 중요한 정
의료제공자의 진료소 또는 클리닉을 방문할 경우	상해 또는 질병 치료를 위한 1차 진료 방문	방문당 \$35, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	없음
	<u>진문의</u> 방문	방문당 \$65, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	없음
	<u>예방 의료/ 검진/</u> <u>예방접종</u>	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	<u>예방성</u> 진료 이외의 서비스에는 요금이 적용될 수 있습니다. <u>의료 제공자</u> 한테 본인이 받아할 서비스가 <u>예방성</u> 진료인지 문의하십시오. 다음 본인의 <u>플랜</u> 에서 어떤 비용을 보상하는지 확인하세요.
검사를 받을 경우	<u>진단성 검사</u> (엑스레이, 혈액검사)	방문당 \$60, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	없음
	영상(CT/PET 스캔, MRI)	방문당 \$350	보장되지 않음	일부 서비스는 사전 승인을 받아야 할 수도 있습니다.
질병 또는 병태를 치료하기 위해 약이 필요한 경우 <u>처방약 보장</u> 에 관한 자세한 내용은 <a href="http://www.kp.org/orformulary">www.kp.org/ orformulary</a> 에서 확인 가능합니다.	복제 의약품	<u>처방전(소매)당 \$25,</u> <u>공제액</u> 이 적용되지 않음 <u>처방전</u> (우편 주문)당 \$50, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	최대 30일분(소매), 최대 90일분(우편 주문). 무료, 피임제에는 <u>공제액</u> 이 적용되지 않음. <u>처방집</u> 지침이 적용.
	선호 브랜드 의약품	<u>처방전(소매)당 \$65,</u> <u>공제액</u> 이 적용되지 않음 <u>처방전</u> (우편 주문)당 \$130, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	최대 30일분(소매), 최대 90일분(우편 주문). 무료, 피임제에는 <u>공제액</u> 이 적용되지 않음. <u>처방집</u> 지침이 적용.
	비선호 브랜드 의약품	50% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	최대 30일분(소매), 최대 90일분(우편 주문). 무료, 피임제에는 <u>공제액</u> 이 적용되지 않음. <u>처방집</u> 지침이 적용.
	특수 의약품	50% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	최대 30일분.
외래 수술을 받을 경우	시설 비용(예: 외래 수술 센터)	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	사전 승인 필요.
	내과의/외과의 진료비	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	사전 승인 필요.

일반 의료 상황	필요한 서비스	본인 부담 플랜 제공자 (최소 비용 부담)	본인 부담 비플랜 제공자 (최대 비용 부담)	제한, 예외 및 기타 중요한 점
즉각적인 의료 조치가 필요한 경우	응급실 진료	방문당 \$350	방문당 \$350	입원 환자로 병원에 입원하는 경우 <u>코페이먼트</u> 면제.
	응급 의료 이송	35% <u>공동 보험료</u>	35% <u>공동 보험료</u>	없음
	긴급 진료	방문당 \$60, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	방문당 \$60, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	<u>비플랜 제공자</u> 는 서비스 지역 내에는 보장되지 않음.
병원에 입원할 경우	시설 비용(예: 병실)	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	사전 승인 필요.
	의사/외과의 비용	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	사전 승인 필요.
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래 환자 서비스	방문당 \$35, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	없음
	입원 환자 서비스	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	사전 승인 필요.
임신한 경우	진료소 방문	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	서비스 유형에 따라 <u>코페이먼트</u> , <u>공동 보험료</u> , 또는 <u>공제액</u> 이 적용될 수 있습니다. 임신부 진료에는 SBC의 다른 부분에서 설명된 검사 및 서비스(예: 초음파)가 포함될 수 있습니다.
	출산/분만 전문가 서비스	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	없음
	출산/분만 시설 서비스	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	없음
회복 또는 기타 다른 전문 건강 서비스가 필요한 경우	자택 간호	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	없음
	재활 서비스	외래 환자: 방문당 \$65, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음. 입원 환자: 35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	외래 환자: 연간 30회 방문으로 제한. 사전 승인 필요. 입원 환자: 사전 승인 필요.
	자활 서비스	외래 환자: 방문당 \$65, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	외래 환자: 연간 30회 방문으로 제한. 사전 승인 필요
	전문 영양 간호	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	연간 최대 60일. 사전 승인 필요.
	내구성 의료 장비	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	사전 승인 필요.
	호스피스 서비스	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	사전 승인 필요.

일반 의료 상황	필요한 서비스	본인 부담 플랜 제공자 (최소 비용 부담)	본인 부담 비플랜 제공자 (최대 비용 부담)	제한, 예외 및 기타 중요한 정
자녀에게 치과 또는 눈 진료가 필요한 경우	어린이 안과 검사	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	연간 1회 검사로 제한.
	어린이 안경	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	매년 일부 안경 또는 콘택트렌즈로 제한.
	자녀의 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	없음

**제외되는 서비스 및 기타 보장되는 서비스:**

<b>플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(기타 제외되는 서비스의 목록과 자세한 내용은 보험 증서 또는 플랜 문서를 확인하십시오..)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 비만 수술</li> <li>● 성형 수술</li> <li>● 치과 진료(성인 및 어린이)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 불임 치료</li> <li>● 장기 요양</li> <li>● 미국 외 지역 여행 시 비용급 진료</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 일대일 전담 간호</li> <li>● 정기 발 관리 진료</li> <li>● 체중 감량 프로그램</li> </ul>
<b>기타 보장되는 서비스(이 서비스에 제한이 적용될 수 있습니다. 이 목록은 전체 목록이 아닙니다. 플랜 문서를 참조하십시오.)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 임신 중절</li> <li>● 침술(연간 12회 방문)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 척추 교정 진료(연간 20회 방문)</li> <li>● 보청기(36개월에 귀당 1개)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 정기 안과 진료(성인)</li> </ul>

**지속 보장에 대한 권리:** 귀하의 보장이 종료된 후 계속 보장받기를 원하시면 도움을 받으실 기관이 있습니다. 해당 기관의 연락처가 아래 표에 나와 있습니다. 개별 보험 보장에 가입하는 것을 비롯하여 다른 보장 옵션은 건강 보험 마켓플레이스(Marketplace)를 통하여 확인할 수 있습니다. 마켓플레이스에 관한 자세한 내용은 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 를 참조하거나 1-800-318-2596번으로 문의하십시오.

**고충 제기 및 이의 신청 권리:** 클레임의 거부에 대해 플랜에 불만 사항이 있는 경우 도움을 받으실 수 있는 기관들이 있습니다. 이러한 불만 사항을 고충제기 또는 이의제기라고 합니다. 귀하의 권리에 관한 자세한 내용은 해당 의료클레임에 대해 받아보실 보험 혜택 설명서를 참조하십시오. 플랜 문서에는 이유를 불문하고 플랜에 클레임, 이의제기 또는 고충을 제출하는 절차에 대한 전체 정보도 수록되어 있습니다. 가입자의 권리, 본 알립, 지원에 대한 자세한 내용을 알아보시려면 아래 표에 나오는 기관에 문의하십시오.

**지속 보장에 대한 귀하의 권리와 고충 제기 및 이의 신청 권리 관련 연락처 정보:**

Kaiser Permanente 가입자 서비스	1-800-813-2000 (TTY: 711) 또는 <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>
오리건주 금융 규제부	1-888-877-4894 또는 <a href="http://www.dfr.oregon.gov">www.dfr.oregon.gov</a>

**본 플랜은 최소 필수 보장을 제공합니까? 예.**

최소 필수 보장에는 일반적으로 플랜, 마켓플레이스를 통해 가입할 수 있는 건강보험이나 기타 개인 보험, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE 및 그 밖의 특정 보장이 포함됩니다. 특정 유형의 최소 필수 보장에 대한 자격이 있는 경우, 보험료 세금 공제를 받을 자격이 안 될 수도 있습니다.

본 플랜은 최소 가치 기준에 부합됩니까? 해당 없음.

귀하의 보험 플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 못하는 경우, 마켓플레이스를 통해 가입하는 플랜의 보험료를 지원하기 위한 보험료 세액공제를 받을 수 있습니다.

**언어 이용 서비스:**

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-813-2000 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-813-2000 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, à'gang 1-800-813-2000 (TTY: 711)

*본 플랜이 예시 의료 상황에 대한 비용을 어떻게 보장하는지 확인하려면, 다음 섹션을 참고하시기 바랍니다.*

보장 예제에 대한 안내:



이 예시는 예상 비용을 책정하는 것이 아닙니다. 예시에서의 치료는 이 플랜이 의료 서비스를 어떻게 보장하는지를 보여주는 예시일 뿐입니다. 귀하가 부담하는 실제 비용은 본인이 받는 의료 서비스, 의료 제공자가 청구하는 금액 및 기타 여러 요소에 따라 달라질 수 있습니다. 비용 분담 금액 (공제액, 코페이먼트, 공동 보험료) 및 본 플랜에서 제외되는 서비스에 주목해 주십시오. 이 자료는 귀하가 다른 건강 플랜에 가입했을 때 부담해야 하는 비용을 비교하는 데 사용하실 수 있습니다. 이러한 보장 예시는 본인에게만 적용되는 보장을 기준으로 합니다.

임신 중인 Peg (네트워크 소속 산전 진료 및 병원 분만 9개월)		Joe의 제2형 당뇨병 관리 (잘 관리된 병태의 정기 네트워크 소속 진료 1년)		Mia의 단순 골절 (네트워크 소속 응급실 방문 및 후속 진료)	
■ 본 플랜의 전체 공제액	\$3,000	■ 본 플랜의 전체 공제액	\$3,000	■ 본 플랜의 전체 공제액	\$3,000
■ <u>전문의 코페이먼트</u>	\$65	■ <u>전문의 코페이먼트</u>	\$65	■ <u>전문의 코페이먼트</u>	\$65
■ 병원(시설) <u>공동 보험료</u>	35%	■ 병원(시설) <u>공동 보험료</u>	35%	■ 병원(시설) <u>공동 보험료</u>	35%
■ 기타 (혈액 검사) <u>코페이먼트</u>	\$60	■ 기타 (혈액 검사) <u>코페이먼트</u>	\$60	■ 기타 (엑스레이) <u>코페이먼트</u>	\$60
이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. <u>전문의 진료소 방문 (산전 진료)</u> 출산/분만 전문가 서비스 출산/분만 시설 서비스 <u>진단 검사 (초음파 및 혈액 검사)</u> <u>전문의 방문 (마취)</u>		이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. <u>1차 진료의 진료소 방문 (질병 교육 포함)</u> <u>진단 검사 (혈액 검사)</u> <u>처방약</u> <u>내구성 의료 장비 (혈당 측정기)</u>		이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. <u>응급실 진료 (의료용품 포함)</u> <u>진단 검사 (엑스레이)</u> <u>내구성 의료 장비 (목발)</u> <u>재활 서비스 (물리 치료)</u>	
<b>총 예시 비용</b>	<b>\$12,700</b>	<b>총 예시 비용</b>	<b>\$5,600</b>	<b>총 예시 비용</b>	<b>\$2,800</b>
본 예시에서 Peg의 부담 금액: <i>비용 분담금</i>		본 예시에서 Joe의 부담 금액: <i>비용 분담금</i>		본 예시에서 Mia의 부담 금액: <i>비용 분담금</i>	
<u>공제액</u>	\$3,000	<u>공제액</u>	\$0	<u>공제액</u>	\$1,900
<u>코페이먼트</u>	\$300	<u>코페이먼트</u>	\$1,400	<u>코페이먼트</u>	\$500
<u>공동 보험료</u>	\$1,900	<u>공동 보험료</u>	\$20	<u>공동 보험료</u>	\$0
<i>보장되지 않은 항목</i>		<i>보장되지 않은 항목</i>		<i>보장되지 않은 항목</i>	
제한 또는 제외	\$60	제한 또는 제외	\$0	제한 또는 예외 사항	\$0
<b>Peg가 부담할 총 금액</b>	<b>\$5,260</b>	<b>Joe가 부담할 총 금액</b>	<b>\$1,420</b>	<b>Mia가 부담할 총 금액</b>	<b>\$2,400</b>

본 플랜은 예시에 제시된 보장 서비스의 기타 비용에 대해 책임을 질 수 있습니다.

## Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency), age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes).

Kaiser Health Plan:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats, such as large print, audio, braille, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call Member Services at **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator, by mail, phone, or fax. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you. You may contact our Civil Rights Coordinator at:

Member Relations Department  
Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator  
500 NE Multnomah St., Suite 100  
Portland, OR 97232-2099  
Fax: **1-855-347-7239**

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, available 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  
Phone: **1-800-368-1019**  
TDD: **1-800-537-7697**

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

**For Washington Members:**

You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal, available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 1-800-562-6900, or 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

This notice is available at <https://healthy.kaiserpermanente.org/oregon-washington/language-assistance/nondiscrimination-notice>

## Help in Your Language

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000**(TTY: 711).

**አማርኛ (Amharic) ትኩረት:** አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ **1-800-813-2000** ይደውሉ (TTY: 711)።

**العربية (Arabic) تنبيه:** إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة بالمجان. اتصل بالرقم **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**中文 (Chinese) 注意事項:** 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-813-2000** (TTY: 711)。

**فارسی (Farsi) توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، «تسهیلات زبانی»، از جمله کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب، به صورت رایگان در دسترس‌تان است با **1-800-813-2000** تماس بگیرید (TTY تلفن متنی): **711**).

**Français (French) ATTENTION :** si vous parlez français, des services d'assistance linguistique comprenant des aides et services auxiliaires appropriés, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Deutsch (German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-813-2000** an (TTY: 711).

**日本語 (Japanese) 注意 :** 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。 **1-800-813-2000** までお電話ください (TTY: 711)。

**ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់:** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសម្រួល ដោយឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ **1-800-813-2000** (TTY: 711)។

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-813-2000**로 전화해 주세요(TTY: 711).

**ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່:** ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNOO:** Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-800-813-2000** irratti bilbilaa (TTY:- 711)

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-813-2000** (TTY:- 711)।

**Română (Romanian) ATENȚIE:** Dacă vorbiți română, vă sunt disponibile gratuit servicii de asistență lingvistică, inclusiv ajutoare și servicii auxiliare adecvate. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: 711).

**Tagalog (Tagalog) PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**ไทย (Thai) โปรดทราบ:** หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถขอรับบริการช่วยเหลือด้านภาษา รวมทั้งเครื่องช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

**Українська (Ukrainian) УВАГА!** Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером 1 800 813 2000 (TTY: **711**).

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-813-2000** (TTY: **711**).