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 (llamada 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/2026/policy/WW/CascadeSilverIndividualConnectEx o llame al 1-888-857-9959. 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 healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-857-9959 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	$2,500 por persona / $5,000 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 "el deducible no se aplica". "Sin cargo" significa $0 de copago o 0% de coseguro, independientemente de la aplicabilidad del deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted no haya alcanzado el monto del deducible. Pero se puede aplicar 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 servicios preventivos cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso directo para este plan?	$9,750 por persona / $19,500 por familia, por año calendario.	El límite de desembolso directo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene a otros miembros de su familia en este plan, ellos tienen que alcanzar sus propios límites de desembolso directo hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso directo familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso directo?	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/WW/IndividualConnect o llame al 1-888-857-9959 para obtener una lista de 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	Visita de atención primaria por una lesión o enfermedad	Primeras dos visitas: $1 de copago / visita, el deducible no se aplica. Visitas adicionales: $20 de copago / visita, el deducible no se aplica	Sin cobertura	Ninguna
	Visita al especialista	$65 de copago / visita, el deducible no se aplica	Sin cobertura	
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo, el deducible no se aplica	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	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	$40 de copago / visita, el deducible no se aplica para servicios de laboratorio y profesionales para pacientes ambulatorios; $65 de copago / visita, el deducible no se aplica para imágenes y radiografías de diagnóstico para pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (TC/TEP, IRM)	30% de coseguro	Sin cobertura	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	$25 de copago / receta en farmacia minorista, el deducible no se aplica; $75 de copago / receta en	Sin cobertura	Los medicamentos recetados que no están en la Lista de medicamentos no están cubiertos, a menos que se apruebe una excepción. El deducible no se aplica para insulina, suministros para diabéticos cubiertos, determinados

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)	
Hay más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** disponible en https://regence.com/go/2026/WW/4tier		farmacia de entrega a domicilio, el deducible no se aplica		medicamentos inhalados para el asma y autoinyectores de epinefrina, o medicamentos específicamente designados como preventivos para el tratamiento de determinadas enfermedades crónicas que están en la Lista de medicamentos de Optimum Value. Suministro de 90 días / receta en farmacia minorista (su costo compartido es por un suministro de 30 días) Suministro de 90 días / receta en farmacia de entrega a domicilio Suministro de 30 días / receta de medicamento de especialidad Los medicamentos de especialidad no están disponibles a través del servicio de entrega a domicilio. La cobertura incluye medicamentos autoadministrables de quimioterapia contra el cáncer al 30% de coseguro, el deducible no se aplica para medicamentos genéricos y medicamentos de marca preferidos. Los costos compartidos para la insulina y para ciertos medicamentos inhalados para el asma y los autoinyectores de epinefrina (por paquete de 2) no excederán los $35 / suministro para 30 días o $105 / suministro para 90 días. Sin cargo, el deducible no se aplica 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
	Medicamentos de marca preferidos	$75 de copago / receta en farmacia minorista, el deducible no se aplica; $225 de copago / receta en farmacia de entrega a domicilio, el deducible no se aplica	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca	$250 de copago / receta en farmacia minorista; $750 de copago / receta en farmacia de entrega a domicilio	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	$250 de copago / receta	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)	
				farmacia de especialidad.
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (p. ej., un centro de cirugía ambulatoria)	$600 de copago / visita	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	$200 de copago / visita	Sin cobertura	
Si necesita atención médica de inmediato	Atención de la sala de emergencias	$800 de copago / visita	$800 de copago / visita	El copago se aplica al cargo del centro por cada visita (exento si es ingresado), se haya alcanzado o no el deducible.
	Transporte médico de emergencia	$375 de copago / viaje, el deducible no se aplica	$375 de copago / viaje, el deducible no se aplica	Ninguna
	Atención de urgencia	$65 de copago / visita, el deducible no se aplica	$65 de copago / visita, el deducible no se aplica	
Si lo hospitalizan	Honorarios del centro (p. ej., la habitación del hospital)	$800 de copago / día	Sin cobertura	Un copago por día por un máximo de 5 copagos por admisión por servicios para pacientes hospitalizados.
	Honorarios del médico/cirujano	Incluidos en los honorarios del centro	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Primeras dos visitas al consultorio o de psicoterapia: $1 de copago / visita, el deducible no se aplica. Visitas adicionales al consultorio o de psicoterapia: $20 de copago / visita, el deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: $30	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)	
		de copago / visita, el deducible no se aplica		
	Servicios para pacientes hospitalizados	$800 de copago / día	Sin cobertura	Un copago por día por un máximo de 5 copagos por admisión por servicios para pacientes hospitalizados.
Si usted está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un copago, coseguro o deducible. Un copago por día por un máximo de 5 copagos por admisión por servicios para pacientes hospitalizados. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otro lugar en el SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para nacimientos/partos	Incluidos en los honorarios del centro	Sin cobertura	
	Servicios del centro para nacimientos/partos	$800 de copago / día	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	$30 de copago / día, el deducible no se aplica	Sin cobertura	130 días / año
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: $40 de copago / visita, el deducible no se aplica; Paciente hospitalizado: $800 de copago / día	Sin cobertura	30 días como paciente hospitalizado / año 25 visitas como paciente ambulatorio / año Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Un copago por día por un máximo de 5 copagos por admisión por servicios para pacientes hospitalizados.
	Servicios de habilitación	Paciente ambulatorio: $40 de copago / visita, el deducible no se aplica; Paciente hospitalizado: $800 de copago / día	Sin cobertura	30 días de habilitación como paciente hospitalizado / año 25 visitas de habilitación como paciente ambulatorio / año 25 visitas de neurodesarrollo profesional / año Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Un copago por día por un máximo de 5 copagos por admisión por servicios para pacientes hospitalizados.
	Atención de enfermería especializada	$800 de copago / día	Sin cobertura	60 días como paciente hospitalizado / 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)	
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de un centro de cuidados paliativos	Paciente ambulatorio: $30 de copago / día, el deducible no se aplica; Paciente hospitalizado: $800 de copago / día	Sin cobertura	14 días de cuidado de relevo como paciente hospitalizado o ambulatorio / de por vida Un copago por día por un máximo de 5 copagos por admisión por servicios para pacientes hospitalizados.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	1 examen de la vista de rutina / año para personas menores de 19 años de edad Los médicos de VSP son los únicos proveedores dentro de la red.
	Anteojos para niños	Sin cargo, el deducible no se aplica	Sin cobertura	1 par de lentes / año 1 juego de armazones / año Anteojos limitados a personas menores de 19 años. Los armazones de un médico de VSP están limitados a Otis & Piper Eyewear Collection. Los médicos de VSP son los únicos proveedores dentro de la red.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética, excepto anormalidades congénitas
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad (excepto inseminación artificial)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Servicio de enfermería privada
- Atención de rutina de la vista (adulto)
- 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).

- Aborto
- Acupuntura
- Atención quiropráctica, 10 visitas de manipulaciones de la columna / año
- Audífonos, 1 por oído / 36 meses
- Atención de rutina de los pies

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: para comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington (Office of the Insurance Commissioner of Washington State), llame al 1-800-562-6900, o con 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), llame al 1-866-444-3272 o ingrese en dol.gov/ebsa/healthreform, o para comunicarse con 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), llame al 1-877-267-2323 ext. 61565 o ingrese en cciio.cms.gov o el departamento de seguros de su estado. También se puede comunicar con el plan al 1-888-857-9959. 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 ayudar si tiene una reclamación 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 1-888-857-9959 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 (U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration), llamando al 1-866-444-3272 o en la página web dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington si llama al 1-800-562-6900, o a través de Internet en: www.insurance.wa.gov.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí**
La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible 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? **No corresponde**
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:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-857-9959.

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	**$2,500**
Copago del especialista	**$65**
Copago del hospital (centro)	**$800**
Otro coseguro	**30%**

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

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$2,500
Copagos	$1,400
Coseguro	$30
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$3,990**

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	**$2,500**
Copago del especialista	**$65**
Copago del hospital (centro)	**$800**
Otro coseguro	**30%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
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	$800
Copagos	$900
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$200
El total que Joe pagaría es	**$1,900**

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

El deducible general del plan	**$2,500**
Copago del especialista	**$65**
Copago del hospital (centro)	**$800**
Otro coseguro	**30%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
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	$700
Copagos	$1,400
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2,100**

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 and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation or gender identity. Regence does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation or gender identity.

Regence:
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 (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).

Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact the Civil Rights Coordinator.

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, sex, sexual orientation or gender identity, you can file a grievance. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

Customer Service
Civil Rights Coordinator
PO Box 1106
Lewiston, ID 83501-1106
Phone: 1-888-344-6347, (TTY: 711)
Fax: 1-888-309-8784
Email: CS@regence.com

Medicare Customer Service
Phone: 1-800-541-8981 (TTY: 711)
Email: medicareappeals@regence.com

VSP Customer Service
Phone: 1-844-299-3041
TTY: 1-800-428-4833

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, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

You can also file a civil rights 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 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD).

Complaint forms are available at https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx

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'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíilnih 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, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, 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 1-888-344-6347 (TTY: 711) 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)