




혜택 및 보장 요약(SBC) 문서는 귀하가 건강 보험 플랜을 선택하는 데 도움을 줍니다. SBC는 귀하와 플랜이 보장되는 의료 서비스 비용을 어떻게 분담하는지를 보여줍니다. 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/에서 확인하시거나 1-800-813-2000 (TTY: 711)번으로 전화하여 사본을 요청하실 수 있습니다.

중요한 질문	답변	중요한 이유:
전체 공제액이 어떻게 됩니까?	개인 \$2,500 / 가족 \$5,000	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 본플랜은 비용 분담 없이 공제액이 충족되기 전에 특정 예방 의료 서비스를 보장합니다. 보장되는 예방 의료 서비스의 목록은 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 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 \$9,750 / 가족 \$19,500	본인 부담 한도액은 보장 서비스에 대해 귀하가 한 해 내에 지불하시게 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.

중요한 질문	답변	중요한 이유:
<u>네트워크 소속 제공자</u> 를 이용하면 비용 부담이 줄어듭니까?	네트워크 소속 제공자의 목록은 www.kp.org 를 참조하거나 1-800-813-2000 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오.	본 <u>플랜</u> 은 <u>제공자 네트워크</u> 를 이용합니다. <u>플랜의 네트워크</u> 에 있는 <u>제공자</u> 를 이용하면 부담하게 되는 비용이 줄어듭니다. <u>네트워크 비소속 제공자</u> 를 이용할 경우 부담 비용이 가장 높아지며, <u>제공자가</u> 청구한 금액과 <u>플랜</u> 이 지불하는 금액의 차액에 대해 <u>제공자</u> 로부터 청구서를 받으실 수도 있습니다(<u>잔액 청구</u>). 일부 서비스(예: 임상 병리 검사)에 대해 네트워크 <u>소속 제공자</u> 는 네트워크 <u>비소속 제공자</u> 를 이용할 수도 있습니다. 서비스를 받으시기 전에 <u>제공자</u> 에게 확인해 주십시오.
<u>전문의</u> 에게 진료를 받기 전에 <u>진료 의뢰</u> 를 받아야 합니까?	예. 하지만 특정 <u>전문의</u> 에게는 직접 진료를 의뢰하실 수 있습니다.	본 <u>플랜</u> 은 <u>전문의</u> 에게 진료를 받기 전에 진료 <u>의뢰</u> 를 받은 경우에만 보장 서비스에 대한 <u>전문의</u> 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 부담금 플랜 제공자 (최소 비용 부담)	본인 부담금 비플랜 제공자 (최대 지불)	제한, 예외 및 기타 중요한 정보
<u>의료 서비스 제공자</u> 의 진료소 또는 클리닉을 방문할 경우	상해 또는 질병 치료를 위한 1차 진료 방문	처음 두 번 방문: 방문당 \$1, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음. 추가 방문: 방문당 \$20, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	없음
	<u>전문의</u> 방문	방문당 \$65, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	없음
	<u>예방 의료/ 선별 검사/예방 접종</u>	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	<u>예방 서비스</u> 가 아닌 서비스에 대해서는 비용을 부담해야 할 수도 있습니다. 필요한 서비스가 <u>예방</u> 의료인지 <u>제공자</u> 에게 문의하십시오. 문의 후 <u>플랜</u> 의 지불 내용을 확인해 주십시오.

일반 의료 상황	필요한 서비스	본인 부담금 플랜 제공자 (최소 비용 부담)	본인 부담금 비플랜 제공자 (최대 지불)	제한, 예외 및 기타 중요한 정보
검사를 받을 경우	진단 검사(엑스레이, 혈액 검사)	엑스레이: 방문당 \$65, 엑스레이 및 진단 영상에는 공제액이 적용되지 않음. 검사: 방문당 \$40, 검사 및 전문가 서비스에는 공제액이 적용되지 않음.	보장되지 않음	없음
	영상(CT/PET 스캔, MRI)	30% 공동 보험료	보장되지 않음	일부 서비스는 사전 승인을 받아야 할 수도 있습니다.
질병 또는 병태를 치료하기 위해 약이 필요한 경우 처방약 보장 에 관한 자세한 내용은 www.kp.org/waformulary 에서 확인할 수 있음	복제 의약품	소매: 처방전 당 \$25, 공제액이 적용되지 않음; 우편 주문: 처방전 당 \$50, 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음	최대 30일분(소매), 최대 90일분(우편 주문). 무료, 피임제에는 공제액이 적용되지 않음. 처방집 지침이 적용됨.
	선호 브랜드 의약품	소매: 처방전 당 \$75, 공제액이 적용되지 않음; 우편 주문: 처방전 당 \$150, 공제액이 적용되지 않음	보장되지 않음	소매 약국 이용 시 최대 30일분 또는 우편 주문 이용 시 최대 90일분. 처방집 지침이 적용됨.
	비선호 브랜드 의약품	소매: 처방전 당 \$250; 우편 주문: 처방전 당 \$500	보장되지 않음	소매 약국 이용 시 최대 30일분 또는 우편 주문 이용 시 최대 90일분. 처방집 지침이 적용됨.
	특수 의약품	처방전당 \$250	보장되지 않음	최대 30일분.
외래 수술을 받을 경우	시설 비용(예: 외래 수술 센터)	방문당 \$600	보장되지 않음	사전 승인 필요.
	의사/외과의 비용	방문당 \$200	보장되지 않음	사전 승인 필요.
즉각적인 의료 조치가 필요한 경우	응급실 진료	방문당 \$800	방문당 \$800	입원 환자로 병원에 입원하는 경우 코페이먼트 면제.
	응급 의료 이송	이송당 \$375, 공제액이 적용되지 않음	이송당 \$375, 공제액이 적용되지 않음	없음
	긴급 치료	방문당 \$65, 공제액이 적용되지 않음	방문당 \$65, 공제액이 적용되지 않음	비플랜 제공자는 서비스 지역 내에는 보장되지 않음.
병원에 입원할 경우	시설 비용(예: 병실)	일일 \$800, 각 입원당 최대 \$4,000	보장되지 않음	사전 승인 필요.
	의사/외과의 비용	시설 사용료에 포함	보장되지 않음	없음

일반 의료 상황	필요한 서비스	본인 부담금 플랜 제공자 (최소 비용 부담)	본인 부담금 비플랜 제공자 (최대 지불)	제한, 예외 및 기타 중요한 정보
정신 건강, 행동 건강 또는 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래 서비스	처음 두 번 방문: 방문당 \$1, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음. 추가 방문: 방문당 \$20, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음. 기타 외래 서비스: 방문당 \$30, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	처음 두 번 방문은 정신/행동 건강, 약물 남용 서비스 및 기타 적격 방문의 조합으로 이루어질 수 있음.
	입원 환자 서비스	일일 \$800, 각 입원당 최대 \$4,000	보장되지 않음	사전 승인 필요.
임신한 경우	진료실 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	시설 사용료에 포함	보장되지 않음	없음
	출산/분만 시설 서비스	일일 \$800, 각 입원당 최대 \$4,000	보장되지 않음	없음
회복 또는 기타 다른 전문 건강 서비스가 필요한 경우	<u>재가 간호</u>	방문당 \$30, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	연간 130회 방문
	<u>자활 서비스</u>	방문당 \$40, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음 일일 \$800, 각 입원당 최대 \$4,000	보장되지 않음	외래 환자: 연간 25회 방문으로 제한. 입원 환자: 연간 30일로 제한. 사전 승인 필요. 정신 건강 진단 서비스는 무제한 보장됨.
	<u>자활 서비스</u>	방문당 \$40, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음 일일 \$800, 각 입원당 최대 \$4,000	보장되지 않음	외래 환자: 연간 25회 방문으로 제한. 입원 환자: 연간 30일로 제한. 사전 승인 필요. 정신 건강 진단 서비스는 무제한 보장됨.
	<u>전문 요양 간호</u>	일일 \$800	보장되지 않음	연간 최대 60일. 사전 승인 필요.
	<u>내구성 의료 장비</u>	30% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	사전 승인 필요.
	<u>호스피스 서비스</u>	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음	보장되지 않음	입원 또는 외래 환자 임시 간호는 평생 최대 14일로 제한. 사전 승인 필요.

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

제외되는 서비스 및 기타 보장되는 서비스:

플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(기타 <u>제외되는 서비스</u> 의 목록과 자세한 내용은 보험 증서 또는 플랜 문서를 확인하십시오.)				
● 비만 수술	● 불임 치료 (인공 수정 제외)	● 일대일 전담 간호		
● 성형 수술	● 장기 요양	● 정기 안과 진료(성인)		
● 치과 진료(성인 및 어린이)	● 미국 외 지역 여행 시 비용급 진료	● 체중 감량 프로그램		

기타 보장되는 서비스(이 서비스에 제한이 적용될 수 있습니다. 이 목록은 전체 목록이 아닙니다. 플랜 문서를 참조해 주십시오.)		
● 임신 중절	● 척추 교정 진료(연간 10회 방문)	● 정기 발 관리 진료
● 침구	● 보청기(36개월에 귀당 1개)	

지속 보장에 대한 귀하의 권리: 보장 종료 후 계속 보장받기를 원하시면 도와드릴 기관이 있습니다. 해당 기관의 연락처가 아래 표에 나와 있습니다. 건강 보험 마켓플레이스를 통해 개별 보험 보장에 가입하는 것을 비롯하여 다른 보장 옵션도 확인할 수 있습니다. 마켓플레이스에 관한 자세한 내용은 www.HealthCare.gov 를 참조하거나 1-800-318-2596번으로 문의하십시오.

고충 제기 및 이의 신청 권리: 클레임의 거부에 대해 플랜에 불만 사항이 있는 경우 도와드릴 수 있는 기관들이 있습니다. 이러한 불만 사항을 고충 또는 이의제기라고 합니다. 귀하의 권리에 관한 자세한 내용은 해당 의료 클레임에 대해 받으실 보험 혜택 설명서를 참조하십시오. 플랜 문서에는 이유를 불문하고 플랜에 클레임, 이의제기, 고충을 제출하는 방법에 대한 전체 정보도 수록되어 있습니다. 가입자의 권리, 본 알림, 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 www.kp.org/memberservices
워싱턴주 보험부(Washington Office of the Insurance Commissioner)	1-800-562-6900 또는 www.insurance.wa.gov

본 플랜은 최소 필수 보장을 제공합니까? 예.

최소 필수 보장은 일반적으로 플랜, 마켓플레이스 또는 기타 개별 시장 정책을 통해 이용할 수 있는 건강 보험, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE 및 기타 특정 보장을 포함합니다. 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.

플랜이 최소 가치 기준을 충족하지 못하는 경우, 마켓플레이스를 통한 플랜에 대해 지불을 돕는 보험료 세금 공제를 받을 자격이 될 수도 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 griegie 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 플랜 이 예로 든 의료 상황에 대한 비용을 어떻게 보장하는지에 대해 알아보시려면 다음 섹션을 참조해 주십시오.

보장 예제에 대한 안내:



이 예시는 예상 비용을 책정하는 것이 아닙니다. 예제에 사용된 치료는 본 플랜이 의료 서비스를 어떻게 보장하는지를 보여주는 예시일 뿐입니다. 실제 비용은 귀하가 실제로 받는 의료 서비스, 제공자가 청구하는 금액 및 기타 많은 요소에 따라 달라질 수 있습니다. 비용 분담금(공제액, 코페이먼트, 공동 보험료) 및 본 플랜에서 제외되는 서비스에 주목해 주십시오. 본 정보를 귀하가 다른 건강 플랜에 가입했을 때 부담해야 하는 비용을 비교하는 데 사용하십시오. 이러한 보장 예제들은 본인만을 보장하는 보험을 기반으로 한다는 사실에 주의해 주십시오.

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 전체공제액	\$2,500	■ 본 플랜의 전체공제액	\$2,500	■ 본 플랜의 전체공제액	\$2,500
■ 전문의 코페이먼트	\$65	■ 전문의 코페이먼트	\$65	■ 전문의 코페이먼트	\$65
■ 병원(시설) 코페이먼트	\$800	■ 병원(시설) 코페이먼트	\$800	■ 병원(시설) 코페이먼트	\$800
■ 기타(혈액 검사) 코페이먼트	\$40	■ 기타(혈액 검사) 코페이먼트	\$40	■ 기타(엑스레이) 코페이먼트	\$65
이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. <u>전문</u> 의 진료소 방문(산전 진료) 출산/분만 전문가 서비스 출산/분만 시설 서비스 진단 검사(초음파 및 혈액 검사) <u>전문</u> 의 방문(마취)		이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. <u>1차 진료</u> 의 진료소 방문(질병 교육 포함) <u>진단 검사</u> (혈액 검사) <u>처방약</u> <u>내구성 의료 장비</u> (혈당 측정기)		이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. <u>응급실 진료</u> (의료 용품 포함) <u>진단 검사</u> (엑스레이) <u>내구성 의료 장비</u> (목발) <u>재활 서비스</u> (물리 치료)	
총 예시 비용	\$12,700	총 예시 비용	\$5,600	총 예시 비용	\$2,800
이 예시에서 Peg는 다음을 지불하게 됩니다.		이 예시에서 Joe는 다음을 지불하게 됩니다.		이 예시에서 Mia는 다음을 지불하게 됩니다.	
비용 분담금		비용 분담금		비용 분담금	
공제액	\$2,500	공제액	\$0	공제액	\$1,000
코페이먼트	\$1,100	코페이먼트	\$1,200	코페이먼트	\$900
공동 보험료	\$0	공동 보험료	\$20	공동 보험료	\$0
보장되지 않은 항목		보장되지 않은 항목		보장되지 않은 항목	
제한 또는 제외	\$60	제한 또는 제외	\$100	제한 또는 제외	\$0
Peg가 지불할 총 금액	\$3,660	Joe가 지불할 총 금액	\$1,320	Mia가 지불할 총 금액	\$1,900

본 플랜은 이러한 예제에서 살펴본 보장 서비스의 기타 비용에 대한 책임이 있습니다.

이 페이지는 의도적으로 비워두었습니다.

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.

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/online services/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 ከሆኑ 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 រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប 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**).