



Краткое описание страхового покрытия (SBC) — это документ, который поможет вам выбрать план медицинского страхования. В этом документе показано, каким образом расходы на покрываемые медицинские услуги будут распределяться между вами и страховым планом. ПРИМЕЧАНИЕ. Информация о стоимости этого плана (называемой страховым взносом) будет предоставлена отдельно. Это лишь краткое описание. Для получения более подробной информации о страховом покрытии или документа с полным

описанием условий предоставления покрытия посетите наш сайт www.kp.org/plandocuments (на английском языке) или позвоните по телефону 1-800-813-2000 (TTY: 711). Определения распространенных терминов, таких как разрешенная сумма, компенсация разницы, доля стоимости, доплата, франшиза, поставщик медицинских услуг, а также других подчеркнутых терминов можно найти в Глоссарии. Вы можете ознакомиться с Глоссарием на сайте www.healthcare.gov/sbc-glossary/ или заказать его копию, позвонив по телефону 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Какова общая сумма <u>франшизы</u> ?	\$2,500 для одного человека или \$5,000 для семьи	Как правило, вы должны полностью оплачивать услуги <u>поставщиков</u> , пока не выплатите сумму <u>франшизы</u> , прежде чем что-либо начнет платить этот <u>план</u> . Если в <u>план</u> включены другие члены вашей семьи, то каждый член семьи должен выплачивать свою собственную <u>франшизу</u> , пока общая сумма расходов в рамках <u>франшизы</u> , уплаченная всеми членами семьи, не достигнет общей суммы <u>франшизы</u> для семьи.
Покрываются ли какие-либо услуги до полной выплаты <u>франшизы</u> ?	Да. Профилактическое медицинское обслуживание и услуги, указанные в таблице, которая начинается на странице 2.	Этот страховой <u>план</u> покрывает некоторые расходы и услуги, даже если вы еще не выплатили сумму <u>франшизы</u> . Однако может потребоваться внести <u>доплату</u> или <u>долю стоимости</u> . Например, этот <u>план</u> покрывает определенные <u>профилактические услуги</u> без вашего участия в оплате и до выплаты <u>франшизы</u> . Список покрываемых <u>профилактических услуг</u> см. на веб-сайте https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
Применяются ли другие <u>франшизы</u> для определенных услуг?	Нет.	Выплачивать <u>франшизу</u> за конкретные услуги не требуется.
Какова <u>максимальная сумма личных расходов</u> в рамках этого <u>плана</u> ?	\$8,550 для одного человека или \$17,100 для семьи	<u>Максимальная сумма личных расходов</u> — это максимальная сумма, которую вы можете заплатить в год за услуги, покрываемые <u>планом</u> . Если другие члены вашей семьи также являются участниками этого <u>плана</u> , их расходы учитываются в их собственной <u>максимальной сумме личных расходов</u> , пока не будет выплачена общая <u>максимальная сумма личных расходов</u> на семью.
Что не учитывается при расчете <u>максимальной суммы личных расходов</u> ?	Страховые взносы, не покрываемые этим <u>планом</u> услуги, платежи за услуги, предоставленные в рамках покрытия для студентов, находящихся вне зоны обслуживания страхового плана	Даже если вы оплачиваете эти расходы, они не учитываются при расчете <u>максимальной суммы личных расходов</u> .

Важные вопросы	Ответы	Почему это важно
Будете ли вы платить меньше при обращении к поставщику услуг, сотрудничающему с планом?	Да. Посетите наш сайт www.kp.org (на английском языке) или позвоните по телефону 1-800-813-2000 (TTY: 711), чтобы получить список сотрудничающих с планом поставщиков услуг.	У этого плана есть <u>сотрудничающие</u> с ним <u>поставщики услуг</u> . Вы заплатите меньше, если обратитесь к <u>поставщику услуг, сотрудничающему с планом</u> . Вы заплатите больше, если обратитесь к <u>поставщику услуг, не сотрудничающему с планом</u> . Кроме того, вы можете получить счет от <u>поставщика услуг</u> на разницу между взимаемой таким поставщиком оплатой и суммой, уплаченной вашим <u>планом</u> (<u>компенсация разницы</u>). Примите во внимание, что ваш <u>сотрудничающий с планом поставщик услуг</u> может обратиться к <u>поставщику, не сотрудничающему с нами</u> , за определенными услугами (например, для проведения лабораторных анализов). Уточните это у своего <u>поставщика</u> перед получением услуг.
Требуется ли направление для обращения к специалисту?	Да, но к некоторым <u>специалистам</u> можно обратиться без направления.	Этот страховой <u>план</u> покрывает часть или все расходы на покрываемые услуги <u>специалистов</u> , но только при наличии <u>направления</u> до обращения к <u>специалисту</u> .

 Все доплаты и доли стоимости, указанные в данной таблице, применяются после выплаты вами франшизы (если франшиза предусмотрена).

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Сколько вы платите Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Посещение кабинета или клиники поставщика медицинских услуг	Первичное медицинское обслуживание для лечения травмы или заболевания	\$40 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Отсутствуют
	Посещение <u>специалиста</u>	\$65 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Отсутствуют
	<u>Профилактические услуги, профилактическое обследование, вакцинация</u>	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрываются	Возможно, вам придется оплатить услуги, которые не являются <u>профилактическими</u> . Узнайте у своего <u>поставщика медицинских услуг</u> , являются ли нужные вам услуги профилактическими. Затем уточните, за какие услуги заплатит ваш страховой <u>план</u> .
Анализы и обследования	<u>Диагностическое обследование</u> (рентген, анализ крови)	\$50 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Отсутствуют
	Визуализационное обследование (КТ, ПЭТ, МРТ)	\$350 за прием	Не покрывается	Для получения некоторых услуг может потребоваться предварительное разрешение.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Сколько вы платите Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Получение лекарств для лечения заболевания Дополнительную информацию о страховом покрытии лекарств по рецепту можно найти на сайте www.kp.org/orformulary (на английском языке)	Непатентованные лекарства	Розничная аптека — \$25, <u>франшиза</u> не применяется; заказ по почте — \$50, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрываются	Запас лекарства на срок до 30 дней при покупке в аптеке или на срок до 90 дней при заказе по почте. Применяются правила <u>перечня покрываемых лекарств</u> .
	Предпочтительные фирменные лекарства	Розничная аптека — \$65, <u>франшиза</u> не применяется; заказ по почте — \$130, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрываются	Запас лекарства на срок до 30 дней при покупке в аптеке или на срок до 90 дней при заказе по почте. Применяются правила <u>перечня покрываемых лекарств</u> .
	Непредпочтительные фирменные лекарства	<u>Доля стоимости</u> 50%	Не покрываются	Запас лекарства на срок до 30 дней при покупке в аптеке или на срок до 90 дней при заказе по почте. Применяются правила <u>перечня покрываемых лекарств</u> .
	<u>Специализированные лекарства</u>	<u>Доля стоимости</u> 50%	Не покрываются	Запас на срок до 30 дней.
Амбулаторные хирургические услуги	Плата за услуги учреждения (например, центра амбулаторной хирургии)	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.
	Плата за услуги терапевта или хирурга	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.
Неотложная медицинская помощь	<u>Прием в отделении скорой помощи</u>	\$350 за прием	\$350 за прием	Не взимается при госпитализации
	<u>Услуги транспорта скорой помощи</u>	<u>Доля стоимости</u> 30%	<u>Доля стоимости</u> 30%	Отсутствуют
	<u>Срочная медицинская помощь</u>	\$50 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	\$50 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Услуги <u>неучаствующих поставщиков</u> покрываются при временном пребывании за пределами зоны обслуживания.
Пребывание в больнице	Плата за услуги больницы (например, за больничную палату)	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.
	Плата за услуги терапевта или хирурга	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.
Психиатрическая, психологическая, наркологическая помощь	Амбулаторные услуги	\$40 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрываются	Отсутствуют
	Услуги в условиях стационара	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.

Типичное медицинское обслуживание	Услуги, которые могут вам потребоваться	Сколько вы платите Поставщик услуг, сотрудничающий с планом (вы заплатите меньше)	Сколько вы платите Поставщик услуг, не сотрудничающий с планом (вы заплатите больше)	Ограничения, исключения и другая важная информация
Обслуживание при беременности	Посещение кабинета врача	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	В зависимости от вида услуг, может применяться <u>доплата</u> , <u>доля стоимости</u> или <u>франшиза</u> . Ведение беременности может включать обследования и услуги, описанные в SBC отдельно (например, УЗИ).
	Принятие родов: услуги специалистов	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрываются	Отсутствуют
	Принятие родов: услуги учреждения	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрываются	Отсутствуют
Медицинское обслуживание для восстановления здоровья или при наличии других особых медицинских потребностей	<u>Медицинское обслуживание на дому</u>	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрывается	Отсутствуют
	<u>Услуги реабилитации</u>	Стационар — <u>доля стоимости</u> 30%, амбулаторно — \$65 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрываются	Стационар: необходимо предварительное разрешение. Амбулаторно: амбулаторные услуги физиотерапии, логопедии и эрготерапии (30 посещений в сумме за календарный год).
	<u>Услуги по развитию навыков</u>	\$65 за прием, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрываются	Амбулаторные услуги физиотерапии, логопедии и эрготерапии (30 посещений в сумме за календарный год).
	<u>Квалифицированный сестринский уход</u>	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрывается	60 дней в календарный год.
	<u>Медицинское оборудование длительного пользования</u>	<u>Доля стоимости</u> 30%	Не покрывается	Применяются правила <u>перечня покрываемых лекарств</u> .
	<u>Услуги хосписа</u>	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрываются	Необходимо предварительное разрешение.
Стоматологические и офтальмологические услуги для детей	Обследование глаз ребенка	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрывается	Не более 1 обследования в год.
	Очки для ребенка	Без оплаты, <u>франшиза</u> не применяется	Не покрываются	Только определенные очки или контактные линзы каждый год.
	Осмотр полости рта ребенка	Не покрывается	Не покрывается	Отсутствуют

Исключенные услуги и другие покрываемые услуги

Услуги, которые обычно НЕ покрываются вашим планом (изучите свой страховой полис или документацию плана, чтобы получить более подробную информацию и список других исключенных услуг)

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------|
| • Бариатрическая хирургия | • Лечение бесплодия | • Частная сиделка |
| • Косметическая хирургия | • Долгосрочный уход | • Стандартный уход за стопами |
| • Стоматологическое обслуживание | • Неэкстренная медицинская помощь во время поездок за пределы США | • Программы похудения |

Другие покрываемые услуги (могут применяться ограничения, список является неполным; см. документацию своего страхового плана)

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| • Аборт | • Услуги мануального терапевта: 20 приемов в год | • Стандартное офтальмологическое обслуживание |
| • Иглоукалывание: 12 приемов в год | • Слуховые аппараты (1 аппарат на каждое ухо на 36 месяцев) | |

Ваши права на продление страхового покрытия. Существуют организации, которые могут помочь вам продлить действие вашего страхового покрытия после его завершения. Контактная информация этих организаций приведена в таблице ниже. Вам также могут быть доступны другие варианты страхового покрытия, включая приобретение индивидуальной страховки через биржу медицинского страхования. Для получения более подробной информации о бирже медицинского страхования посетите веб-сайт www.HealthCare.gov или позвоните по телефону 1-800-318-2596.

Ваши права на подачу претензий и апелляций. Существуют организации, которые могут помочь вам, если у вас есть жалоба на свой план в связи с отклонением вашего страхового требования. Такая жалоба называется претензией или апелляцией. Для получения дополнительной информации о ваших правах обратитесь к разъяснению страховых выплат, которое вы получите в отношении этого страхового требования. В документации вашего плана также содержится полная информация о том, как подать страховое требование, апелляцию или претензию по любой причине в ваш план. Для получения более подробной информации о ваших правах и этом уведомлении или помощи обращайтесь в организации, указанные в таблице ниже.

Контактные данные для получения информации о ваших правах на продление страхового покрытия и правах на подачу претензий и апелляций

Отдел обслуживания участников страховых планов Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) или www.kp.org/memberservices (на английском языке)
Oregon Division of Financial Regulation (Отдел финансового регулирования штата Орегон)	1-888-877-4894 или www.dfr.oregon.gov

Предоставляет ли этот план минимально необходимое страховое покрытие? Да.

Минимально необходимое страховое покрытие обычно включает страховые планы, медицинские страховки, приобретаемые через биржу медицинского страхования, или другие индивидуальные страховые полисы, доступные на рынке, программы Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE и определенные иные виды страхового покрытия. Если вы имеете право на определенные типы минимально необходимого страхового покрытия, вы можете не иметь права на налоговый кредит для оплаты страховых взносов.

Соответствует ли этот план стандартам в отношении минимального объема покрытия? Не применимо.

Если ваш план не соответствует стандартам в отношении минимального объема покрытия, то вы можете иметь право на налоговый кредит на оплату страховых взносов, который поможет вам платить за страховой план, приобретенный через биржу медицинского страхования.

Услуги перевода

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)

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)

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

Чтобы увидеть примеры того, каким образом этот страховой план может покрывать расходы в различных случаях необходимости в медицинском обслуживании, обратитесь к следующему разделу.



Это не калькулятор расходов. Это просто примеры покрытия медицинского обслуживания в рамках этого страхового плана. Реальные расходы будут отличаться в зависимости от фактически полученных медицинских услуг, цен, установленных вашими поставщиками услуг, и многих других факторов. Обратите внимание на суммы участия в оплате (франшизы, доплаты и доли стоимости), а также на услуги, исключенные из покрытия плана. Используйте эту информацию для сравнения доли расходов, которую вам, возможно, нужно будет заплатить в рамках разных планов медицинского страхования. Примите во внимание, что эти примеры покрытия относятся к страхованию одного человека.

Мария родила ребенка

(дородовое наблюдение в течение 9 месяцев в соответствующих медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, и роды в больнице)

■ Общая сумма <u>франшизы плана</u>	\$2,500
■ Услуги <u>специалиста</u> — <u>доплата</u>	\$65
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — <u>доля стоимости</u>	30%
■ Прочие услуги (анализ крови) — <u>доплата</u>	\$50

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.

Посещения кабинета специалиста (ведение беременности)
Принятие родов: услуги специалистов
Принятие родов: услуги учреждения
Диагностические обследования (ультразвуковые исследования и анализы крови)
Прием специалиста (анестезия)

Общая стоимость в примере	\$12,700
---------------------------	----------

В данном примере Мария должна будет заплатить:

Участие в оплате	
<u>Франшиза</u>	\$2500
<u>Доплаты</u>	\$300
<u>Доля стоимости</u>	\$1800
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$60
Общая сумма, которую заплатит Мария	\$4660

Контроль диабета 2-го типа у Андрея

(год стандартного обслуживания в медицинских учреждениях, сотрудничающих с планом, по поводу хорошо контролируемого диабета)

■ Общая сумма <u>франшизы плана</u>	\$2,500
■ Услуги <u>специалиста</u> — <u>доплата</u>	\$65
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — <u>доля стоимости</u>	30%
■ Прочие услуги (анализ крови) — <u>доплата</u>	\$50

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.

Посещения кабинета поставщика первичного медицинского обслуживания (в том числе просвещение о заболевании)
Диагностические обследования (анализ крови)
Лекарства по рецепту
Медицинское оборудование длительного пользования (глюкометр)

Общая стоимость в примере	\$5,600
---------------------------	---------

В данном примере Андрей должен будет заплатить:

Участие в оплате	
<u>Франшиза</u>	\$70
<u>Доплаты</u>	\$1900
<u>Доля стоимости</u>	\$0
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
Общая сумма, которую заплатит Андрей	\$1970

Простой перелом у Анны

(прием в отделении скорой помощи, сотрудничающем с планом, и дальнейшее лечение)

■ Общая сумма <u>франшизы плана</u>	\$2,500
■ Услуги <u>специалиста</u> — <u>доплата</u>	\$65
■ Услуги больницы (медицинского учреждения) — <u>доля стоимости</u>	30%
■ Прочие услуги (рентген) — <u>доплата</u>	\$50

Данный ПРИМЕР включает в себя указанные ниже услуги.

Прием в отделении скорой помощи (включая медицинские принадлежности)
Диагностическое обследование (рентген)
Медицинское оборудование длительного пользования (костыли)
Услуги реабилитации (физиотерапия)

Общая стоимость в примере	\$2,800
---------------------------	---------

В данном примере Анна должна будет заплатить:

Участие в оплате	
<u>Франшиза</u>	\$1900
<u>Доплаты</u>	\$600
<u>Доля стоимости</u>	\$0
Непокрываемые услуги	
Ограничения или исключения	\$0
Общая сумма, которую заплатит Анна	\$2500

План возьмет на себя оплату всех остальных расходов на покрываемые страховой услуги, перечисленные в данных ПРИМЕРАХ.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - ☐ Qualified sign language interpreters
 - ☐ Written information in other formats, such as large print, audio, 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 **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, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Member Relations, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232, telephone number: 1-800-813-2000.

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, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

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

አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-813-2000** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY : **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 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。 **1-800-813-2000 (TTY:711)** まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អៗ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-813-2000 (TTY: 711)**។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000 (TTY: 711)**번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódííłnih **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-813-2000 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

ไทย (Thai) เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-813-2000 (TTY: 711)**.