
 **혜택 및 보장 요약서(SBC) 문서는 건강 플랜을 선택하는 데 도움이 됩니다. SBC에는 가입자와 플랜이 보장되는 의료 서비스의 비용을 분담하는 방식이 나와 있습니다. 참고: 본 플랜의 비용(보험료)에 관한 정보는 별도로 제공해 드립니다. 이 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장에 관한 더 자세한 정보가 필요하거나 전체 보장 약관 사본을 받으시려면 <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 <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> 에서 확인하거나 1-800-813-2000(TTY: 711)번으로 전화하여 사본을 요청하십시오.**

중요한 질문	답변	중요한 이유:
전체 공제액은 얼마인가요?	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 2 페이지부터 시작하는 도표에 표시된 서비스.	본 플랜은 가입자가 공제액 금액을 충족하지 않은 경우에도 일부 용품과 서비스를 보장해 드립니다. 단, 코페이먼트 또는 공동 보험료가 적용될 수 있습니다. 예를 들어 본 플랜은 비용 분담 없이 공제액이 충족되기 전에 특정 예방 의료 서비스를 보장합니다. 보장 대상 예방 서비스의 목록은 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 에서 확인하시기 바랍니다.
특정 서비스를 받기 위해 다른 공제액을 지불해야 하나요?	아니요.	특정 서비스를 받기 위해 공제액을 충족할 필요는 없습니다.
본 플랜의 본인 부담금 한도는 얼마인가요?	개인 \$8,850 / 가족 \$17,700	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 부담금 한도에 포함되지 않나요?	보험료; 본 플랜에서 보장되지 않는 서비스; 학생 지역 외 보장에 따른 서비스 지불	귀하가 이러한 비용을 지불하셔도 본인 부담 한도액 산정에 적용되지 않습니다.
네트워크 제공자를 이용하면 더 적은 금액을 부담하게 되나요?	예. 네트워크 소속 제공자의 목록은 www.kp.org 를 참조하시거나 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 받기 전에 제공자에게 문의하십시오.
전문의의 진료를 받으려면 진료 의뢰가 필요한가요?	예. 하지만 특정 전문의에게 자가 진료 의뢰를 할 수도 있습니다.	본 플랜은 전문의의 진료를 받기 전에 진료 의뢰를 받은 경우에만 보장 서비스에 대해 전문의에게 받은 진료 비용의 일부 또는 전부를 지불합니다.

 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 비용 부담)	제한, 예외 및 기타 중요 정보
의료 제공자의 진료실 또는 클리닉을 방문하는 경우	상해 또는 질병 치료를 위한 1차 진료 방문	방문당 \$40, <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 의료</u> 가 아닌 서비스에는 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 필요한 서비스가 <u>예방 의료</u> 인지 제공자에게 문의하십시오. 그리고 가입자의 <u>플랜</u> 이 지불하는 부분을 확인하십시오.
검사를 받는 경우	<u>진단 검사</u> (엑스레이, 혈액 검사)	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 질환 치료를 위해 의약품이 필요한 경우 <u>처방약 보장</u> 에 관한 자세한 내용은 www.kp.org/ formulary 에서 확인할 수 있음	복제 의약품	소매 약국: \$25, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음; 우편 주문: \$50, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	소매 약국 이용 시 최대 30 일분 또는 우편 주문 이용 시 최대 90 일분. <u>처방집</u> 지침에 따름.
	선호 브랜드 의약품	소매 약국: \$65, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음; 우편 주문: \$130, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	소매 약국 이용 시 최대 30 일분 또는 우편 주문 이용 시 최대 90 일분. <u>처방집</u> 지침에 따름.
	비선호 브랜드 의약품	50% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	소매 약국 이용 시 최대 30 일분 또는 우편 주문 이용 시 최대 90 일분. <u>처방집</u> 지침에 따름.
	특수 의약품	50% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	최대 30 일분.
외래 수술을 받는 경우	시설 사용료(예: 응급 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 부담금 플랜 제공자 (최소 비용 부담)	본인 부담금 비플랜 제공자 (최대 비용 부담)	제한, 예외 및 기타 중요 정보
가입자가 신속히 진료를 받아야 하는 경우	<u>응급실 진료</u>	방문당 \$350	방문당 \$350	입원 시 면제
	<u>응급 의료 이송</u>	35% <u>공동 보험료</u>	35% <u>공동 보험료</u>	없음
	<u>긴급 치료</u>	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 입원하는 경우	시설 이용료(예: 입원실)	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, 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래 서비스	방문당 \$40, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	없음
	입원 서비스	35% <u>공동 보험료</u>	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 있음. 임산부 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	<u>재가 간호</u>	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	없음
	<u>재활 서비스</u>	입원 환자: 35% <u>공동 보험료</u> ; 외래환자 방문당: \$65, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	입원 환자: 사전 승인 필요; 외래환자: 외래환자 물리, 언어, 작업 치료(연간 30 회 방문)
	<u>자활 서비스</u>	방문당 \$65, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	외래환자 물리, 언어, 작업 치료(연간 30 회 방문)
	<u>전문 요양 간호</u>	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	연간 60 일.
	<u>내구성 의료 장비</u>	35% <u>공동 보험료</u>	보장되지 않음	<u>처방집</u> 지침에 따름.
	<u>호스피스 서비스</u>	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	사전 승인 필요.

일반 의료 상황	필요한 서비스	본인 부담금 플랜 제공자 (최소 비용 부담)	본인 부담금 비플랜 제공자 (최대 비용 부담)	제한, 예외 및 기타 중요 정보
자녀가 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	어린이 안과 검사	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	연 1 회 검사로 제한됨.
	어린이 안경	무료, <u>공제액</u> 이 적용되지 않음.	보장되지 않음	매년 일부 안경 또는 콘택트렌즈로 제한됨.
	어린이 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	없음

제외되는 서비스 및 기타 보장되는 서비스:

플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스(자세한 내용 및 기타 제외되는 서비스의 목록은 보험 증서 또는 플랜 문서를 확인하십시오.)

<ul style="list-style-type: none"> ● 비만 수술 ● 성형 수술 ● 치과 진료(성인 및 어린이) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 불임 치료 ● 장기 요양 ● 미국 외 지역 여행 시 비응급 진료 	<ul style="list-style-type: none"> ● 일대일 전담 간호 ● 정기 발 관리 진료 ● 체중 감량 프로그램
---	---	---

기타 보장 서비스(제한 사항이 적용될 수 있습니다. 이것은 전체 목록이 아닙니다. 플랜 문서를 확인하시기 바랍니다.)

<ul style="list-style-type: none"> ● 임신 중절 ● 침술(연간 12 회 방문) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 척추 교정 진료(연간 20 회 방문) ● 보청기(36 개월에 귀당 1 개) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 정기 안과 진료(성인)
---	--	--

가입자의 보장 지속 권리: 보장이 종료된 이후에 귀하가 이를 지속하기 원하는 경우 도와드릴 수 있는 기관들이 있습니다. 해당 기관의 연락처가 아래 표에 나와 있습니다. 건강 보험 마켓플레이스를 통한 개인 보험 보장 구입을 포함하여 다른 보장 옵션을 이용하실 수도 있습니다. 마켓플레이스에 관한 자세한 내용은 www.HealthCare.gov 를 참조하거나 1-800-318-2596 번으로 문의하십시오.

가입자의 고충 및 이의 신청 권리: 클레임의 거부에 대해 플랜에 불만 사항이 있는 경우 도와드릴 수 있는 기관들이 있습니다. 이러한 불만 사항을 고충 또는 이의라고 합니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 해당 의료 클레임에 대해 귀하가 받을 혜택 설명서를 참조하십시오. 플랜 문서에는 이유를 불문하고 플랜에 클레임, 이의, 고충을 제출하는 방법에 대한 전체 정보도 수록되어 있습니다. 가입자의 권리, 본 알림, 지원에 대한 자세한 내용을 알아보시려면 아래 표에 나오는 기관에 문의하십시오.

가입자의 보장 지속 권리 및 가입자의 고충 및 이의 신청 권리에 대한 연락처 정보:

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

본 플랜은 최소 필수 보장을 제공합니까? 예.

최소 필수 보장은 일반적으로 플랜, 마켓플레이스를 통해 이용할 수 있는 건강 보험 또는 기타 개별 시장 보험 증서, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, 특정 기타 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.

다국어 지원 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)

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, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711)

본 플랜이 예로 든 의료 상황에 대한 비용을 어떻게 보장하는지에 대해 알아보시려면 다음 섹션을 참조해 주십시오.

이 보장 예시에 관하여:



이 예시는 예상 비용을 책정하는 것이 아닙니다. 소개된 치료는 본 플랜에서 의료 서비스를 보장하는 방식에 대한 예시에 불과합니다. 실제 비용은 가입자가 받는 실제 진료, 제공자가 청구하는 금액, 그 외 다양한 요인에 따라 다릅니다. 비용 분담 금액(공제액, 코페이먼트, 공동 보험료) 및 본 플랜에서 제외되는 서비스에 주목해 주십시오. 이 정보를 사용하여 다른 건강 플랜에서 부담하게 될 비용과 비교하십시오. 이러한 보장 예제들은 본인만을 보장하는 보험을 기반으로 한다는 사실에 주의해 주십시오.

임신 중인 Peg (9개월간의 네트워크 내 산전 진료 및 병원 분만)		Joe의 제 2형 당뇨병 관리 (1년간 잘 관리된 상태에 대한 네트워크 내 정기 진료)		Mia의 단순 골절 (네트워크 내 응급실 방문 및 후속 진료)	
■ 본 플랜의 전체 공제액	\$3,000	■ 본 플랜의 전체 공제액	\$3,000	■ 본 플랜의 전체 공제액	\$3,000
■ 전문의 코페이먼트	\$65	■ 전문의 코페이먼트	\$65	■ 전문의 코페이먼트	\$65
■ 병원(시설) 공동 보험료	35%	■ 병원(시설) 공동 보험료	35%	■ 병원(시설) 공동 보험료	35%
■ 기타(혈액 검사) 코페이먼트	\$60	■ 기타(혈액 검사) 코페이먼트	\$60	■ 기타(엑스레이) 코페이먼트	\$60
이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. 전문 의 진료소 방문(산전 진료) 출산/분만 전문가 서비스 출산/분만 시설 서비스 진단 검사(초음파 및 혈액 검사) 전문 의 방문(마취)		이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. 1차 진료 의 진료소 방문(질병 교육 포함) 진단 검사(혈액 검사) 처방약 내구성 의료 장비(혈당 측정기)		이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다. 응급실 진료(의료 용품 포함) 진단 검사(엑스레이) 내구성 의료 장비(목발) 재활 서비스(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	\$3,000	공제액	\$70	공제액	\$1,900
코페이먼트	\$400	코페이먼트	\$1,500	코페이먼트	\$600
공동 보험료	\$1,900	공동 보험료	\$0	공동 보험료	\$0
보장되지 않은 항목		보장되지 않은 항목		보장되지 않은 항목	
제한 또는 제외	\$60	제한 또는 제외	\$0	제한 또는 제외	\$0
Peg가 지불할 총 금액	\$5,360	Joe가 지불할 총 금액	\$1,570	Mia가 지불할 총 금액	\$2,500

본 플랜은 이러한 예제에서 살펴본 보장 서비스의 기타 비용에 대한 책임이 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 on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. 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 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. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, Phone: **1 800-813-2000** (TTY: **711**), 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/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

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) ማሰታወቂያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ 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**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYEEFFANNAA: 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: ถ้าคุณพูดภาษาไทย 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**).