El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan médico. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado "prima") se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, ingrese en https://eoc.anthem.com/eocdps/aso. Para definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/, o llame al (866) 205-6128 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	$1,700/persona o $3,400/persona en contrato familiar o $3,400/familia para todos los proveedores. Se ofrece una cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA) para reembolsarle ciertos montos correspondientes a los deducibles y al coseguro.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene 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 del deducible pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Cuidado preventivo. A continuación, encontrará más información.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del deducible. Pero es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	$3,000/persona o $4,000/persona en contrato familiar o $6,000/familia con proveedores dentro de la red. $6,000/persona o $12,000/familia con proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de su familia en este plan, estos tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos de facturación del saldo y cuidado médico que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

¿Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la red?	Sí. Blue Card PPO o NetworkBlue para residentes de Florida. Visite www.anthem.com o llame al (866) 205-6128 para obtener una lista de proveedores de la red. Los costos pueden variar según el sitio del servicio y cómo el proveedor facture.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una referencia.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla se aplican después de que se haya alcanzado su **deducible**, en caso de que se aplique 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 cuidados médicos	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Beneficios de visitas virtuales (telesalud) disponibles.
	Visita a un especialista	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Beneficios de visitas virtuales (telesalud) disponibles.
	Cuidado preventivo/prueba de detección/vacunación	Sin cargo	Coseguro del 50%; no se aplica el deducible	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	--------Ninguna--------
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas [TC]/tomografías por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI])	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	--------Ninguna--------

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en https://eoc.anthem.com/eocdps/aso.

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 necesita medicamentos para el tratamiento de su enfermedad o condición Puede obtener más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en www.caremark.com o llamando al 1-888-202-1654.	Normalmente genérico (Nivel 1)	Venta minorista y entrega por correo: Coseguro del 20%, máximo de $20	Sin cobertura	Excluido para CVS/Caremark
	Normalmente medicamentos de marca preferida y genéricos no preferidos (Nivel 2)	Minorista: Coseguro del 20%, máximo de $40 Correo postal: Coseguro del 20%, máximo de $60	Sin cobertura	
	Normalmente medicamentos de marca no preferida y genéricos (Nivel 3)	Minorista: Coseguro del 20%, máximo de $70 Correo postal: Coseguro del 20%, máximo de $90	Sin cobertura	
	Normalmente medicamentos de especialidad preferidos (de marca y genéricos) (Nivel 4)	Coseguro del 30%	Sin cobertura	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo del centro médico (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	--------Ninguna--------
	Cargos del médico/cirujano	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Coseguro del 10% para anestesia ambulatoria con proveedores fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	Coseguro del 10%	Cubierto como dentro de la red	--------Ninguna--------
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 10%	Cubierto como dentro de la red	--------Ninguna--------
	Atención de urgencia	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	--------Ninguna--------
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro médico (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	30 días/periodo de beneficios para rehabilitación con hospitalización.
	Cargos del médico/cirujano	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	Coseguro del 10% para anestesia para pacientes hospitalizados con proveedores fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de tratamiento por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio Coseguro del 10% Otros pacientes ambulatorios Coseguro del 10%	Visita al consultorio Coseguro del 50% Otros pacientes ambulatorios Coseguro del 50%	Visita al consultorio Beneficios de visitas virtuales (telesalud) disponibles. Otros pacientes ambulatorios --------Ninguna--------
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	--------Ninguna--------

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en https://eoc.anthem.com/eocdps/aso.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	El cuidado médico de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el trabajo de parto/parto	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	
	Servicios prestados en centros médicos de trabajo de parto/parto	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado médico en el hogar	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	120 visitas/periodo de beneficios para atención médica en el hogar y enfermería privada combinadas.
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	*Consulte la sección "Servicios terapéuticos".
	Servicios de habilitación	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	
	Cuidado especializado de enfermería	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	120 días/periodo de beneficios para servicios de enfermería especializada.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	*Consulte la sección "Equipo médico duradero".
	Servicios para enfermos terminales	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	--------Ninguna--------
Si su hijo necesita cuidado dental o de los ojos	Examen de la vista para niños	Coseguro del 10%	Coseguro del 50%	--------Ninguna--------
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	--------Ninguna--------

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su póliza o plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Chequeo dental pediátrico
- Anteojos para un niño
- Atención de rutina de los pies, a menos que le hayan diagnosticado diabetes
- Nivel 3: normalmente medicamentos de marca no preferida y genéricos
- Cirugía cosmética
- Audífonos
- Nivel 1: normalmente genérico
- Nivel 4: normalmente medicamentos de especialidad preferidos (de marca y genéricos)
- Cuidado dental (para adultos)
- Cuidado a largo plazo
- Nivel 2: normalmente medicamentos de marca preferida y genéricos no preferidos
- Programas para perder peso

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en https://eoc.anthem.com/eocdps/aso.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios; esta no es una lista completa; consulte el documento de su plan).

- Acupuntura
- Tratamiento de infertilidad $15,000 máximo/de por vida
- Cuidado de rutina de los ojos (para adultos)
- Cirugía bariátrica
- La mayor parte de la cobertura proporcionada fuera de los Estados Unidos. Consulte www.bcbsglobalcore.com
- Cuidados quiroprácticos 35 visitas/ periodo de beneficios
- Servicios de enfermería privada 120 visitas/periodo de beneficios combinado con atención médica domiciliaria

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es la siguiente: Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, Consumer Services Division, 2 Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, (800) 656-2298, www.oci.ga.gov/ConsumerService/Home.aspx, Departamento de Trabajo, Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform, o comuníquese con Anthem al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el mercado de seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de reclamo y apelación: Existen agencias que pueden ayudar si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la Explicación de Beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo ante el plan. Para más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con:

ATTN: Grievance and Appeals, P.O. Box 105568, Atlanta, GA 30348-5568

Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, (866) 444-EBSA (3272), www.dol.gov/ebsa/healthreform

Además, hay un programa de asistencia al consumidor que puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner Customer Services Division, 2 Martin Luther King, Jr. Drive West Tower, Suite 702 Atlanta, GA 30334, (800) 656-2298, https://oci.georgia.gov/insurance-resources/health

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del mercado de seguros u otras pólizas individuales del mercado de seguros, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para un crédito fiscal para las primas que le ayudará a pagar un plan a través del mercado de seguros.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir el cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes dependiendo del cuidado real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos en virtud del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura independiente.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y un parto en un hospital)

El deducible general del plan	**$1,700**
Coseguro del especialista	**10%**
Coseguro del hospital (centro médico)	**10%**
Otro coseguro	**10%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio de un especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el trabajo de parto/parto
Servicios prestados en centros médicos de trabajo de parto/parto
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita a un especialista *(anestesia)*

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$1,700
Copagos	$0
Coseguro	$1,100
Servicios que no tienen cobertura	
Límites o exclusiones	$60
El total que pagaría Peg es	**$2,860**

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de cuidado médico dentro de la red de una condición bien controlada)

El deducible general del plan	**$1,700**
Coseguro del especialista	**10%**
Coseguro del hospital (centro médico)	**10%**
Otro coseguro	**10%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio de un médico de atención primaria *(incluida la educación sobre enfermedades)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$1,700
Copagos	$0
Coseguro	$700
Servicios que no tienen cobertura	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$2,420**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencia dentro de la red y cuidado de seguimiento)

El deducible general del plan	**$1,700**
Coseguro del especialista	**10%**
Coseguro del hospital (centro médico)	**10%**
Otro coseguro	**10%**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencia *(incluidos 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:

Costos compartidos	
Deducibles	$1,700
Copagos	$0
Coseguro	$100
Servicios que no tienen cobertura	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,800**

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos por EJEMPLO.

Servicios de acceso en otros idiomas:

(TTY/TDD: 711)

Albanian (Shqip): Nëse keni pyetje në lidhje me këtë dokument, keni të drejtë të merrni falas ndihmë dhe informacion në gjuhën tuaj. Për të kontaktuar me një përkthyes, telefononi (866) 205-6128

Amharic (አማርኛ): ስለዚህ ሰነድ ማንኛውም ጥያቄ ካለዎት በራስዎ ቋንቋ እርዳታ እና ይህን መረጃ በነጻ የማግኘት መብት አለዎት። አስተርጓሚ ለማናገር (866) 205-6128 ይደውሉ።

Arabic (العربية): إذا كان لديك أي استفسارات بشأن هذا المستند، فيحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون مقابل. للتحدث إلى مترجم، اتصل على (866) 205-6128 .

Armenian (հայերեն). Եթե այս փաստաթղթի հետ կապված հարցեր ունեք, դուք իրավունք ունեք անվճար ստանալ օգնություն և տեղեկատվություն ձեր լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (866) 205-6128:

Bassa (Bàsɔ̀ɔ̀ Wùdù): Ǹ dyi dyi-diè-dɛ̀ bě bédé bá céè-dɛ̀ nìà kɛ dyí ní, ɔ mɔ̀ nì dyí-bɛ̀dɛ̀ìn-dɛ̀ bɛ́ m̀ ké gbo-kpá-kpá kè bɔ̌ kpɔ̃ dé m̀ bídí-wùdùǔn bó pídyi. Bɛ́ m̀ ké wudu-zììn-nyɔ̀ dò gbo wùdù kɛ, dá (866) 205-6128.

Bengali (বাংলা): যদি এই নথিপত্রের বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনার ভাষায় বিনামূল্যে সাহায্য পাওয়ার ও তথ্য পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। একজন দোভাষীর সাথে কথা বলার জন্য (866) 205-6128 -তে কল করুন।

Burmese (မြန်မာ): ဤစာရွက်စာတမ်းနှင့် ပတ်သက်၍ သင့်တွင် မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက အခမဲ့အလက်များနှင့် အကူအညီကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုပဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် ရယူနိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန် တစ်ဦးနှင့် စကားပြောနိုင်ရန် ဖုန် (866) 205-6128 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Chinese (中文)：如果您對本文件有任何疑問，您有權使用您的語言免費獲得協助和資訊。如需與譯員通話，請致電(866) 205-6128。

Dinka (Dinka): Na nɔŋ thiëëc në ke de yä thorë, ke yin nɔŋ loŋ bë yi kuony ku wɛr alëu bë gɛɛr yic yin ne thoŋ du ke cin wëu tääuë ke piny. Te kɔr yin ba jam wënë ran ye thok geryic, ke yin cɔl (866) 205-6128.

Dutch (Nederlands): Bij vragen over dit document hebt u recht op hulp en informatie in uw taal zonder bijkomende kosten. Als u een tolk wilt spreken, belt u (866) 205-6128.

Farsi (فارسي): در صورتی که سؤالی پیرامون این سند دارید، این حق را دارید که اطلاعات و کمک را بدون هیچ هزینه ای به زبان مادری‌تان دریافت کنید. برای گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره تماس بگیرید. (866) 205-6128

Servicios de acceso en otros idiomas:

French (Français) : Si vous avez des questions sur ce document, vous avez la possibilité d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (866) 205-6128.

German (Deutsch): Wenn Sie Fragen zu diesem Dokument haben, haben Sie Anspruch auf kostenfreie Hilfe und Information in Ihrer Sprache. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, bitte wählen Sie (866) 205-6128.

Greek (Ελληνικά) Αν έχετε τυχόν απορίες σχετικά με το παρόν έγγραφο, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας δωρεάν. Για να μιλήσετε με κάποιον διερμηνέα, τηλεφωνήστε στο (866) 205-6128.

Gujarati (ગુજરાતી): જો આ દસ્તાવેજ અંગે આપને કોઈપણ પ્રશ્નો હોય તો, કોઈપણ ખર્ચ વગર આપની ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો તમને અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, કોલ કરો (866) 205-6128.

Haitian Creole (Kreyòl Ayisyen): Si ou gen nenpòt kesyon sou dokiman sa a, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis. Pou pale ak yon entèprèt, rele (866) 205-6128.

Hindi (हिंदी): अगर आपके पास इस दस्तावेज़ के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो आपको निःशुल्क अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिये से बात करने के लिए, कॉल करें(866) 205-6128 ।

Hmong (White Hmong): Yog tias koj muaj lus nug dab tsi ntsig txog daim ntawv no, koj muaj cai tau txais kev pab thiab lus qhia hais ua koj hom lus yam tsim xam tus nqi. Txhawm rau tham nrog tus neeg txhais lus, hu xov tooj rau (866) 205-6128.

Igbo (Igbo): Ọ bụr ụ na ị nwere ajụjụ ọ bụla gbasara akwụkwọ a, ị nwere ikike ịnweta enyemaka na ozi n'asụsụ gị na akwụghị ụgwọ ọ bụla. Ka gị na ọkọwa okwu kwuo okwu, kpọọ (866) 205-6128.

Ilokano (Ilokano): Nu addaan ka iti aniaman a saludsod panggep iti daytoy a dokumento, adda karbengam a makaala ti tulong ken impormasyon babaen ti lenguahem nga awan ti bayad na. Tapno makatungtong ti maysa nga tagipatarus, awagan ti (866) 205-6128.

Indonesian (Bahasa Indonesia): Jika Anda memiliki pertanyaan mengenai dokumen ini, Anda memiliki hak untuk mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa biaya. Untuk berbicara dengan interpreter kami, hubungi (866) 205-6128.

Italian (Italiano): In caso di eventuali domande sul presente documento, ha il diritto di ricevere assistenza e informazioni nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per parlare con un interprete, chiami il numero (866) 205-6128

Japanese (日本語): この文書についてなにかご不明な点があれば、あなたにはあなたの言語で無料で支援を受け情報を得る権利があります。通訳と話すには (866) 205-6128 にお電話ください。

Servicios de acceso en otros idiomas:

Khmer (ខ្មែរ): បើអ្នកមានសំណួរផ្សេងទៀតអំពីឯកសារនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បីជជែកជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមហៅ(866) 205-6128 ។

Kirundi (Kirundi): Ugize ikibazo ico arico cose kuri iyi nyandiko, ufise uburenganzira bwo kuronka ubufasha mu rurimi rwawe ata giciro. Kugira uvugishe umusemuzi, akura (866) 205-6128.

Korean (한국어): 본 문서에 대해 어떠한 문의사항이라도 있을 경우, 귀하에게는 귀하가 사용하는 언어로 무료 도움 및 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역사와 이야기하려면(866) 205-6128 로 문의하십시오.

Lao (ພາສາລາວ): ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ເພື່ອໂອ້ລົມກັບລ່າມແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ (866) 205-6128.

Navajo (Diné): Díí naaltsoos bikáʼígíí łahgo bínaʼídíłkidgo ná bohónéedzą́ dóó bee ahóótʼiʼ tʼáá ni nizaad kʼehjí bee nił hodoonih tʼáadoo bą́ą́h íłínígóó. Ataʼ halneʼígíí łaʼ bichʼį́ʼ hadeesdzih nínízingo kojį́ʼ hodíílnih (866) 205-6128.

Nepali (नेपाली): यदि यो कागजातबारे तपाईंसँग केही प्रश्नहरू छन् भने, आफ्नै भाषामा निःशुल्क सहयोग तथा जानकारी प्राप्त गर्न पाउने हक तपाईंसँग छ। दोभाषेसँग कुरा गर्नका लागि, यहाँ कल गर्नुहोस् (866) 205-6128

Oromo (Oromifaa): Sanadi kanaa wajiin walqabaate gaffi kamiyuu yoo qabduu tanaan, Gargaarsa argachuu fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana dubaachuuf, (866) 205-6128 bilbilla.

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Wann du Frooge iwwer selle Document hoscht, du hoscht die Recht um Helfe un Information zu griege in dei Schprooch mitaus Koscht. Um mit en Iwwersetze zu schwetze, ruff (866) 205-6128 aa.

Polish (polski): W przypadku jakichkolwiek pytań związanych z niniejszym dokumentem masz prawo do bezpłatnego uzyskania pomocy oraz informacji w swoim języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer (866) 205-6128.

Portuguese (Português): Se tiver quaisquer dúvidas acerca deste documento, tem o direito de solicitar ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo. Para falar com um intérprete, ligue para (866) 205-6128.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ (866) 205-6128 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Servicios de acceso en otros idiomas:

Romanian (Română): Dacă aveți întrebări referitoare la acest document, aveți dreptul să primiți ajutor și informații în limba dumneavoastră în mod gratuit. Pentru a vă adresa unui interpret, contactați telefonic (866) 205-6128.

Russian (Русский): если у вас есть какие-либо вопросы в отношении данного документа, вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Чтобы связаться с устным переводчиком, позвоните по тел. (866) 205-6128.

Samoan (Samoa): Afai e iai ni ou fesili e uiga i lenei tusi, e iai lou 'aia e maua se fesoasoani ma faamatalaga i lou lava gagana e aunoa ma se totogi. Ina ia talanoa i se tagata faaliliu, vili (866) 205-6128.

Serbian (Srpski): Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa ovim dokumentom, imate pravo da dobijete pomoć i informacije na vašem jeziku bez ikakvih troškova. Za razgovor sa prevodiocem, pozovite (866) 205-6128.

Spanish (Español): Si tiene preguntas acerca de este documento, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma, sin costos. Para hablar con un intérprete, llame al (866) 205-6128.

Tagalog (Tagalog): Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa dokumentong ito, may karapatan kang humingi ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Makipag-usap sa isang tagapagpaliwanag, tawagan ang (866) 205-6128.

Thai (ไทย): หากท่านมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยโทร (866) 205-6128 เพื่อพูดคุยกับล่าม

Ukrainian (Українська): якщо у вас виникають запитання з приводу цього документа, ви маєте право безкоштовно отримати допомогу й інформацію вашою рідною мовою. Щоб отримати послуги перекладача, зателефонуйте за номером (866) 205-6128.

Urdu (اردو): اگر اس دستاویز کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہے، تو آپ کو مدد اور اپنی زبان میں مفت معلومات حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لئے، (866) 205-6128 پر کال کریں۔

Vietnamese (Tiếng Việt): Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về tài liệu này, quý vị có quyền nhận sự trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Để trao đổi với một thông dịch viên, hãy gọi (866) 205-6128.

(Yiddish) (אידיש): אויב איר האט שאלות וועגן דעם דאקומענט, האט איר די רעכט צו באקומען דעם אינפארמאציע אין אייער שפראך אהן קיין פרייז. צו רעדן צו אן איבערזעצער, רופט (866) 205-6128 .

Yoruba (Yorùbá): Tí o bá ní èyíkéyìí ibèrè nípa àkọsílẹ̀ yìí, o ní ẹ̀tọ́ láti gba ìrànwọ́ àti ìwífún ní èdè rẹ lọ́fẹ̀ẹ́. Bá wa ògbùfọ̀ kan sọ̀rọ̀, pe (866) 205-6128.

Servicios de acceso en otros idiomas:

Es importante que lo tratemos de manera justa

Por eso, respetamos las leyes federales de derechos civiles en nuestros programas de salud y actividades. No discriminamos, excluimos ni tratamos de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad. Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades. Para quienes el inglés no es su idioma primario, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas a través de intérpretes y otros idiomas escritos. ¿Le interesan estos servicios? Llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación (TTY/TDD: 711). Si usted considera que no le brindamos estos servicios o que discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja (también conocida como reclamo). Puede presentar una queja por escrito ante nuestro coordinador de cumplimiento a Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. También tiene la opción de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; también puede llamar al 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) o ingresar en línea en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.