



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO 2020

Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred si necesita información en otro idioma o formato (braille).

P.O. Box 9178
Watertown, MA 02472

MASSACHUSETTS

PARA INSCRIBIRSE EN TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO, INDIQUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Marque el plan en el que desea inscribirse (solo puede elegir Tufts Medicare Preferred Dental Option junto con un plan médico):

Si vive en los condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk o Plymouth			Si vive en los condados de Hampden o Hampshire		
<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$40.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$27.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$103.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$58.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$135.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$83.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$133.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus	\$103.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$165.00	por mes			
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus	\$199.00	por mes			
Si vive en los condados de Essex o Suffolk			Si vive en el condado de Worcester		
<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Saver Rx	\$0.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Basic No Rx	\$28.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Basic No Rx	\$20.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$55.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Basic Rx	\$42.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$123.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value No Rx	\$112.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$155.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Value Rx	\$150.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$156.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime No Rx	\$152.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$188.00	por mes	<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx	\$185.00	por mes
<input type="checkbox"/> HMO Prime Rx Plus	\$220.00	por mes			

Beneficio suplementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option

\$17.00 por mes para los planes HMO Saver Rx, HMO Basic Rx, HMO Basic No Rx
\$30.00 por mes para todos los otros planes

Apellido:		Nombre:		In. seg. nom.:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (/ /) (DD / MM / AAAA)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: ()	Número de teléfono alternativo: ()	
Dirección de correo electrónico:					
Dirección particular permanente (No se admite apartado postal):			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (solo si es diferente de la dirección particular permanente):					
Dirección particular:			Ciudad:	Estado:	Código postal:
Idioma escrito preferido:			Idioma hablado preferido:		
Contacto de emergencia:			Número de teléfono: ()	Relación con usted:	

Indique la información de su seguro de Medicare

Use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

- Llene la información como aparece en su tarjeta de Medicare.

O BIEN

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre (como aparece en la tarjeta de Medicare):

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a:

Fecha de entrada en vigor:

HOSPITAL (Parte A)

MÉDICA (Parte B)

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para afiliarse a un plan de Medicare Advantage.

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan, que incluye toda multa por inscripción tardía que deba o que podría deber, por correo o mediante una Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, Electronic Funds Transfer) cada mes. Puede elegir pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, Railroad Retirement Board) cada mes. Además, si usted se inscribe en un plan con una prima de \$0 y determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), debemos saber con cuál de estas opciones preferirá pagarla.

Si le calculan una Cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos de la Parte D, recibirá una notificación por parte de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá la cantidad del cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por parte de Medicare o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). NO pague a Tufts Health Plan Medicare Preferred la Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA, Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount).

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para optar a Extra Help para pagar los costos de medicamentos de venta con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de medicamentos, los que incluyen primas mensuales de medicamentos de venta con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, los que califican no estarán sujetos al período sin cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para optar a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre Extra Help, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Extra Help en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para optar a Extra Help con los costos de cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted por la cantidad que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago de primas:

Recibir una factura cada mes

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de la cuenta bancaria cada mes

(Si se selecciona la opción de EFT, se le enviará por correo un formulario de autorización de EFT. Siga pagando la prima mensual hasta que le informemos de su inscripción en el programa de EFT).

Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción por el Seguro Social o la RRB podría tardar uno o más meses en comenzar. Es posible que haya un retraso en la retención de su prima debido al programa de procesamiento mensual de SSA, ya que la fecha de inicio de la retención de primas no puede ser retroactiva. Si hay un retraso, se le facturará directamente durante los primeros 1 o 2 meses hasta que se le deduzca la prima del cheque de beneficios de la RRB o del Seguro Social. Usted es responsable de pagar todas las primas pendientes hasta que comience la retención de primas. Si no paga la prima del mes antes de que comience la retención de primas, podríamos cancelar su inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por las primas mensuales).

Lea y conteste estas preguntas importantes:

1. Fecha de entrada en vigor solicitada (la fecha debe ser posterior y el 1 del mes):

2. Elija un médico de atención primaria (PCP) con contrato de Tufts Medicare Preferred HMO:

Sí No ¿Es un paciente actual?

Sí No 3. ¿Tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, End-Stage Renal Disease)?

Si se sometió a un trasplante exitoso de riñón o no necesita más diálisis regular, adjunte una nota o registros del médico que indiquen que se tuvo un trasplante exitoso de riñón o que no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

Sí No 4. Algunas personas podrían tener otra cobertura de medicamentos, la que incluye otros seguros privados, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios de Asuntos de Veteranos (VA, Veterans Affairs) o programas estatales de ayuda farmacéutica. ¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos de venta con receta además de Tufts Medicare Preferred HMO?

Si la respuesta es "Sí", indique su otra cobertura y el número de identificación (Id.) de dicha cobertura:

Número de la otra cobertura: N.º de Id. de esta cobertura: N.º de grupo de la cobertura:

Sí No 5. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo? Si la respuesta es "Sí", indique la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle):

Sí No 6. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?

Si la respuesta es "Sí", indique su número de Medicaid: _____

Sí No 7. ¿Trabajan usted o su cónyuge?

Por lo general, es posible que se inscriba en un plan de Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque la casilla si la afirmación se aplica con usted. Si marca cualquiera de las casillas siguientes, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para optar a un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

Soy nuevo en Medicare:

Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP, Medicare Advantage Open Enrollment Period).

Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese fecha) _____

Salí recientemente de una encarcelación. Salí el (ingrese fecha) _____

Recientemente volví a Estados Unidos tras vivir en el extranjero en forma permanente. Volví a EE. UU. el (ingrese fecha) _____

Recientemente obtuve la estadia legal en Estados Unidos. Obtuve este estado el (ingrese fecha) _____

- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio en mi nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingrese fecha) _____
- Recientemente tuve un cambio en mi pago de Extra Help por la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (obtuve Extra Help hace poco, tuve un cambio en el nivel de Extra Help o perdí Extra Help) el _____
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo pagos de Extra Help por mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me mudaré, vivo o me mudé recientemente de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, una casa de reposo o un centro de atención de largo plazo). Me mudé de un centro o a uno o me mudaré el (ingrese la fecha)
- Recientemente dejé un Programa de Atención Todo Incluido para Adultos Mayores (PACE, Program of All-Inclusive Care for the Elderly) el (ingrese fecha) _____
- Recientemente perdí en forma involuntaria mi cobertura admisible de medicamentos de venta con receta (cobertura tan amplia como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese fecha) _____
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (ingrese fecha) _____
- Soy parte de un programa de ayuda farmacéutica ofrecido por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingrese fecha) _____
- Me inscribí en un plan para necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales obligatoria para estar en el plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (ingrese fecha) _____
- Me vi afectado por una emergencia relacionada con el tiempo o un desastre grave según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, Federal Emergency Management Agency). Una de las otras afirmaciones aquí se aplica a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.
- Otro motivo (Describa el período de elección especial) _____

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al 888-515-5880 (TTY: 711) para ver si es elegible para inscribirse o no. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma diferente del inglés o en un formato accesible:

- Español Letra grande

Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al 888-515-5880 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible o un idioma que no se indicó anteriormente. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).



Lea esta información importante

Si actualmente tiene una cobertura de salud de un empleador o un sindicato, afiliarse a Tufts Medicare Preferred HMO podría afectar sus beneficios de salud por parte del empleador o el sindicato. Podría perder su cobertura de salud del empleador o el sindicato si se afilia a Tufts Medicare Preferred HMO. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envíen. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién debe comunicarse, el administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

Lea y firme a continuación

Si lleno esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Tufts Health Plan Medicare Preferred es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que mantener la Parte A y la Parte B de Medicare en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos de venta con receta. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos de venta con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Comprendo que si no tengo una cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare o una cobertura admisible de medicamentos de venta con receta (tan amplia como la de Medicare) tengo que pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan suele ser por el año completo. Cuando me inscriba, podré dejar el plan o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (Ejemplo: 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Tufts Medicare Preferred HMO presta servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área en que Tufts Medicare Preferred HMO presta servicios, tengo que notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un plan nuevo en mi área nueva. Cuando sea afiliado de Tufts Medicare Preferred HMO, tendré derecho a apelar de las decisiones del plan sobre el pago de los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Tufts Health Plan Medicare Preferred cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir para obtener la cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que los afiliados con Medicare no suelen tener cobertura de Medicare mientras estén fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Comprendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO, debo obtener toda mi atención de salud de Tufts Medicare Preferred HMO, excepto servicios de emergencia o urgentemente necesarios, y debo elegir un médico de atención primaria (PCP) y obtener una derivación antes de atenderme con un especialista dentro del círculo de derivación del PCP. Si obtengo atención de rutina de proveedores fuera del círculo de derivación del PCP, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables del costo. Tendrán cobertura los servicios autorizados por Tufts Medicare Preferred HMO y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo de suscripción). Sin autorización, **NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH PLAN MEDICARE PREFERRED PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Tufts Health Plan Medicare Preferred, esta persona podría recibir un pago de acuerdo con mi inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO.

Divulgación de información: Reconozco que, si me afilio a este plan de salud de Medicare, Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesaria para el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. También reconozco que Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información, como los datos de actividades de medicamentos de venta con receta a Medicare, que puede divulgarla para fines de investigación u otros que acaten todas las leyes y normativas federales vigentes. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si doy información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud indica que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica lo siguiente: 1) esta persona está autorizada según la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible previa solicitud a Medicare.

Los beneficios dentales para afiliados de Tufts Health Plan Medicare Preferred son administrados por Dominion Dental Services, Inc. Para hacer preguntas sobre sus beneficios o la red de proveedores, comuníquese con Relaciones con el Cliente.

Firma: _____	Fecha de hoy: _____
--------------	---------------------

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y entregar la siguiente información:

Nombre: _____ Dirección: _____
Número de teléfono: (____) ____ - ____ Relación con el beneficiario: _____

Solo uso interno:

Nombre del miembro del personal, representante o corredor (si ayudó en la inscripción, en letra de imprenta): _____

_____ NPN de representante: _____

Fecha en que se recibió el formulario: _____ Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

N.º Id. plan: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Tufts Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina sobre la base de raza, grupo étnico, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata en forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Tufts Health Plan:

- Entrega ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios lingüísticos gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Si considera que Tufts Health Plan no prestó estos servicios o lo discriminó de otro modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Tufts Health Plan, Attention:

Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472

Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000 (TTY: 711)

Fax: 1-617-972-9048

Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

www.thpmp.org | 1-800-701-9000 (TTY: 711)

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-701-9000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

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 1-800-701-9000 (TTY: 711)。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید. 1-800-701-9000 (TTY: 711)

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (TTY: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Greek: ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-701-9000 (TTY: 711).

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。1-800-701-9000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Khmer (Cambodian): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អលក្ខណ៍គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ថ្ងៃ ទូរស័ព្ទ 1-800-701-9000 (TTY: 711)

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-701-9000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílt'igo Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwođeę, t'áá jiikeh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-701-9000 (TTY: 711).