



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el **seguro de gastos médicos**. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el **plan** los costos de los servicios de atención médica incluidos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-844-287-3859 o visite www.bcbsil.com/statefarm. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	¿Por qué es Importante?
¿Cuál es el deducible general ?	\$500 Individual/\$1,000 Familiar	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el deducible ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> tiene cobertura antes de alcanzar el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gasto de bolsillo para este plan ?	Dentro de la red: \$1,500 Individual/\$3,000 Familiar Fuera de la red: \$3,000 Individual/\$6,000 Familiar	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gasto de bolsillo ?	<u>Primas de la póliza</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un proveedor que forma parte de la red ?	Sí. Visite www.bcbsil.com/statefarm o llame al 1-844-287-3859 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor</u> que no forma parte de la <u>red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que se aplique el **deducible**.

Evento Médico Común	Los Servicios que Podría Necesitar	¿Qué Deberá Pagar?		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> disponible en www.Caremark.com	Medicamentos genéricos	Locales comerciales: 20% de coseguro con un mínimo de \$10 y un máximo de \$25. Entrega a domicilio: 20% de coseguro con un mín. de \$20 y un máx. de \$50	El reembolso se basará en el precio mayorista promedio del medicamento y otros factores, menos un 20% de coseguro.	El suministro máximo en locales comerciales es de 30 días; el suministro máximo en entregas a domicilio es de 90 días. Puede acudir a CVS/una farmacia en lugar de solicitar entregas a domicilio para los medicamentos de mantenimiento (suministro de 90 días). Los medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados tienen cobertura antes de que cumpla con su deducible. Los gastos de bolsillo por la cobertura para medicamentos con receta de pacientes no hospitalizados no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
	Medicamentos de marca preferidos	Locales comerciales: 30% de coseguro con un mínimo de \$10 y un máximo de \$50. Entrega a domicilio: 30% de coseguro con un mín. de \$20 y un máx. de \$100	El reembolso se basará en el precio mayorista promedio del medicamento y otros factores, menos un 30% de coseguro.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Locales comerciales: 50% de coseguro con un mínimo de \$10 y un máximo de \$75. Entrega a domicilio: 50% de coseguro con un mín. de \$20 y un máx. de \$150	El reembolso se basará en el precio mayorista promedio del medicamento y otros factores, menos un 50% de coseguro.	

Evento Médico Común	Los Servicios que Podría Necesitar	¿Qué Deberá Pagar?		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Comuníquese con CVS Caremark para obtener más información.	Comuníquese con CVS Caremark para obtener más información.	Se requiere autorización previa para todos los medicamentos especializados. Se puede requerir el uso de medicamentos especializados preferidos antes del uso de los medicamentos especializados no preferidos.
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$100 de copago por consulta más 10% de <u>coseguro</u>	\$100 de copago por consulta más 10% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	10% de <u>coseguro</u>	10% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> para transporte para casos que no sean de emergencia; consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.
	<u>Atención médica inmediata</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener más información.
	Servicios para pacientes internados	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Evento Médico Común	Los Servicios que Podría Necesitar	¿Qué Deberá Pagar?		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin Cargo después del <u>deducible</u>	Sin Cargo después del <u>deducible</u>	Límite de \$8,500 como máximo por año calendario. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 100 consultas combinadas por período de beneficios para terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 100 días por internación. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Límite de 100 días por internación. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>Equipo Médico Duradero</u> se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Cuidados paliativos</u>	10% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin Cobertura	Sin Cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Atención dental (adulto) • Atención médica a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos • Audífonos • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los ojos (adultos) • Cuidado de rutina de los pies (salvo personas con diagnóstico de diabetes) • Programas de pérdida de peso

Otros Servicios Incluidos (Estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 30 consultas por año calendario) • Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de servicio privado (salvo el servicio para pacientes internados) (se limita a 40 consultas por año calendario) • Mayor parte de la cobertura provista fuera de los Estados Unidos. Visite www.bcbsil.com/statefarm 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad (solo aquellos servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad; la cobertura no incluye los gastos derivados o incurridos en relación con la fertilización in vitro u otras formas de inseminación artificial)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com.

Su Derecho a Continuar con la Cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: comuníquese con el plan al 1-844-287-3859, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su Derecho a Presentar una Inconformidad y Apelaciones: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-844-287-3859 o visitar www.bcbsil.com/statefarm, o bien puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al (877) 527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Ofrece este plan Cobertura Esencial Mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan el Estándar de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de Asistencia en Otros Idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-844-287-3859.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-287-3859.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-844-287-3859.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-287-3859.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Coseguro del especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	10%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios Profesionales de Parto/Nacimiento
 Servicios de Parto/Nacimiento en el Centro
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo Total del Ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<u>Gastos Compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,000
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$1,560

Tratamiento de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Coseguro del especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	10%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye información sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo Total del Ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<u>Gastos Compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$800
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$1,320

Fractura Simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$500
■ <u>Coseguro del especialista</u>	10%
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	10%
■ <u>Otro coseguro</u>	10%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo Total del Ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<u>Gastos Compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$500
<u>Copagos</u>	\$100
<u>Coseguro</u>	\$200
<i>¿Qué servicios no cubre el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$800

La cobertura de atención médica es importante para todos.

Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística. No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad.

Para recibir asistencia gratuita con la comunicación o asistencia lingüística, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, en:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formularios de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બાજુ વ્યાકરણને અસુબી અમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ní, éi doodago la'da biká anánilwo'ígíí, na'ídiłkidgo, ts'ídá bee ná ahóóti'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bina'ídiłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'i' hodiilnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.

