



ستساعدك وثيقة ملخص المزايا والتغطية (SBC) في اختيار خطة صحية. وسيوضح ملخص المزايا والتغطية مدى مشاركتك مع الخطة في تكاليف خدمات الرعاية الصحية المغطاة. ملاحظة: ستتوفر معلومات حول تكلفة هذه الخطة (تسمى قسط التأمين) على نحو منفصل. هذا مجرد ملخص. لمزيد من المعلومات حول تغطيتك أو للحصول على نسخة من شروط التغطية الكاملة، يُرجى الاطلاع على الموقع التالي www.kp.org/plandocuments أو الاتصال برقم (TTY: 711) 1-800-813-2000. للحصول على تعريفات للمصطلحات الشائعة، مثل المبلغ المسموح به، فواتير الرصيد، التأمين المشترك، الدفع المشترك، الخصم، مقدم الخدمة، أو المصطلحات الأخرى التي تحتها خط، يرجى الاطلاع على المسرد. يُمكنك استعراض المسرد على <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> أو الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-813-2000 لطلب نسخة.

أسئلة هامة	إجابات	ما أهمية ذلك:
ما هو المبلغ الإجمالي للخصم؟	\$0	يُرجى الاطلاع على مخطط الأحداث الطبية الشائعة أدناه لمعرفة تكاليف الخدمات التي تغطيها هذه الخطة.
هل هناك خدمات مغطاة قبل استيفاء الخصم الخاص بك؟	لا ينطبق.	تغطي هذه الخطة بعض العناصر والخدمات حتى إذا لم تكن قد استوفيت مبلغ الخصم. ولكن قد يُطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك. وتغطي هذه الخطة، على سبيل المثال، بعض الخدمات الوقائية دون مشاركة التكاليف وقبل أن تفي بمبلغ الخصم الخاص بك. يُرجى الاطلاع على قائمة الخدمات الوقائية المغطاة على https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
هل هناك خصومات أخرى لخدمات معينة؟	لا.	لا يتعين عليك سداد الخصومات لخدمات معينة.
ما هو الحد الواجب دفعه من المال الخاص لهذه الخطة؟	\$600 للفرد / \$1,200 للعائلة	الحد الواجب دفعه من المال الخاص هو أقصى ما يمكن أن تدفعه في عام واحد مقابل الخدمات المغطاة. إذا كان لديك أفراد آخرون من العائلة في هذه الخطة، فيجب عليهم تلبية الحد الواجب دفعه من مالهم الخاص حتى يتم الوفاء بالحد الإجمالي الواجب دفعه من مال العائلة الخاص.
ما الذي لا يتضمنه الحد الواجب دفعه من المال الخاص؟	الأقساط والرعاية الصحية التي لا تغطيها هذه الخطة والخدمات المُشار إليها في المخطط بدءًا من الصفحة 2.	على الرغم من سدادك لهذه النفقات، فإنها لا تحتسب ضمن الحد الواجب دفعه من المال الخاص.
هل ستدفع أقل إذا كنت تستخدم مقدم خدمة من الشبكة؟	نعم. يُرجى الاطلاع على www.kp.org أو اتصل بالرقم 1-800-813-2000 (TTY: 711) للحصول على قائمة بمقدمي الخدمة المشاركين.	هذه الخطة توفر شبكة لمقدمي الخدمات. ستدفع أقل إذا استعنت بمقدم خدمة من شبكة الخطة. ستدفع أكثر إذا كنت استعنت بمقدم خدمة من خارج الشبكة، وقد تتلقى فاتورة من مقدم الخدمة للفرق بين رسوم مقدم الخدمة وما تدفعه خطتك (فواتير الرصيد). ويُرجى العلم بأن مقدم الخدمة من الشبكة الخاص بك قد يستخدم مقدم خدمة من خارج الشبكة لبعض الخدمات (مثل العمل المعلمي). يُرجى الرجوع إلى مقدم الخدمة الخاص بك قبل تلقي الخدمات.
هل تحتاج إلى إحالة لرؤية أخصائي؟	نعم، ولكن يُمكنك إحالة نفسك إلى أخصائيين معينين.	ستدفع هذه الخطة بعض التكاليف الخاصة برؤية أخصائي للخدمات المغطاة أو كافة تكاليفه ولكن فقط إذا كان لديك إحالة قبل رؤية الأخصائي.



تكون جميع تكاليف **الدفع المشترك** و **التأمين المشترك** الموضحة في هذا الرسم البياني هي بعد استيفاء **الخصم** الخاص بك إذا طبقت أحد **الخصومات**.

أحداث طبية شائعة	ما الذي ستدفعه		الخدمات التي قد تحتاج إليها	القيود والاستثناءات والمعلومات الهامة الأخرى
	مقدم خدمة غير مشارك (ستدفع أكثر)	مقدم الخدمة المُعين (ستدفع أقل)		
إذا قمت بزيارة مكتب مقدم رعاية صحية أو عيادته	لا يوجد	بدون رسوم	زيارة الرعاية الأولية لعلاج إصابة أو مرض	
	لا يوجد	بدون رسوم	زيارة أخصائي	
	غير مغطاة	بدون رسوم	الرعاية الوقائية/الفحص/التطعيم	قد تضطر إلى الدفع مقابل الخدمات غير الوقائية. واسأل مقدم الخدمة الخاص بك عما إذا كانت الخدمات المطلوبة وقائية، ثم تحقق ما الذي ستسددده خطتك .
إذا كان لديك اختبار	لا يوجد	الأشعة السينية: بدون رسوم الاختبارات المعملية: بدون رسوم	اختبار تشخيصي (أشعة سينية وتحليل دم)	
	قد تتطلب بعض الخدمات إذنًا مسبقًا.	غير مغطاة	التصوير (التصوير المقطعي المحوسب / التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني، التصوير بالرنين المغناطيسي)	
إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج مرضك أو حالتك يتوفر المزيد من المعلومات حول تغطية الأدوية الموصوفة على www.kp.org/formulary	إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 30 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية .	غير مغطاة	\$10 (بيع بالتجزئة)؛ \$20 (طلب عبر البريد) / وصفة طبية	
	إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 30 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية .	غير مغطاة	\$10 (بيع بالتجزئة)؛ \$20 (طلب عبر البريد) / وصفة طبية	
	إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 30 يومًا (البيع بالتجزئة)؛ إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 90 يومًا (طلب بالبريد). تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية ، عند الموافقة عليها من خلال عملية الاستثناء.	غير مغطاة	\$10 (بيع بالتجزئة)؛ \$20 (طلب عبر البريد) / وصفة طبية	
	إمدادات تُغطي استهلاك يصل إلى 30 يومًا (البيع بالتجزئة). تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية ، عند الموافقة عليها من خلال عملية الاستثناء.	غير مغطاة	تنطبق حصص تكلفة الأدوية بدون العلامات التجارية وذات العلامات التجارية المفضلة وغير المفضلة المطبقة.	
إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في العيادة الخارجية	مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	رسوم المنشأة (مثل: مركز الجراحة المتحركة)	
	مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	رسوم الطبيب/الجراح	

أحداث طبية شائعة	ما الذي ستدفعه		الخدمات التي قد تحتاج إليها
	مقدم خدمة غير مشارك (ستدفع أكثر)	مقدم الخدمة المُعين (ستدفع أقل)	
إذا كنت بحاجة إلى عناية طبية فورية	لا يوجد	بدون رسوم	رعاية غرفة الطوارئ
	لا يوجد	بدون رسوم	النقل الطبي الطارئ
	يُجرى تغطية مقدمي الخدمة غير المشاركين حين يكونون خارج منطقة الخدمة مؤقتًا: بدون رسوم.	غير مشمولة بالتغطية	الرعاية العاجلة
إذا كان لديك إقامة في المستشفى	مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	رسوم المنشأة (مثل: غرفة المستشفى)
	مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	رسوم الطبيب/الجراح
	لا يوجد	غير مغطاة	خدمات العيادات الخارجية
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية أو الصحة السلوكية أو تعاطي المخدرات	مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	خدمات المرضى المقيمين
	لا يوجد	غير مغطاة	زيارات مكتبية
إذا كنت حامل	اعتمادًا على نوع الخدمات، قد يُطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك أو الخصم . قد تشمل رعاية الأمومة الاختبارات والخدمات الموضحة في مكان آخر في ملخص المزايا والتغطية (أي الموجات فوق الصوتية).	غير مغطاة	بدون رسوم
	لا يوجد	غير مغطاة	الخدمات المهنية للولادة/الوضع
	لا يوجد	غير مغطاة	الخدمات المهنية للولادة/الوضع
إذا كنت بحاجة للمساعدة في التعافي أو لديك رعاية صحية منزلية أخرى ذات احتياجات خاصة	130 زيارة بحد أقصى/عام مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	الرعاية الصحية المنزلية
	العيادة الخارجية: 20 زيارة كحد أقصى/علاج/عام. مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	خدمات إعادة التأهيل
	العيادة الداخلية: مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	خدمات التأهيل
	20 زيارة كحد أقصى/علاج/عام. مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	رعاية التمريض الماهرة
	100 يوم كحد أقصى/عام. مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	المعدات الطبية المعمرة
	تخضع لإرشادات كتيب الوصفات الطبية . مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	خدمات رعاية مرحلة الاحتضار
	مطلوب إذن مسبق.	غير مغطاة	فحص عيون الأطفال
	لا يوجد	غير مغطاة	نظارات الأطفال
إذا كان طفلك بحاجة إلى العناية بالأسنان أو العيون	يقتصر على زوج واحد من الإطارات والعدسات أو العدسات اللاصقة/12 شهرًا.	غير مغطاة	فحوصات أسنان الأطفال
	لا يوجد	غير مغطاة	

الخدمات التي لا تغطيها خطتك بشكل عام (يُرجى الرجوع إلى وثيقة السياسة أو الخطة للحصول على مزيد من المعلومات وقائمة بالخدمات المستبعدة الأخرى).

- الجراحة التجميلية
- رعاية الأسنان (للبالغين والأطفال)
- خدمة العقم
- الرعاية طويلة الأجل
- الرعاية غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة
- التمرريض الخاص
- العناية الروتينية بالقدم
- برامج إنقاص الوزن

خدمات مغطاة أخرى (قد تُطبق القيود على هذه الخدمات. هذه ليست قائمة كاملة، لذا يُرجى الاطلاع على مستند خطتك).

- الوخز بالإبر (20 زيارة كحد أقصى/السنة)
- جراحة علاج البدانة
- العناية بتقويم العمود الفقري (20 زيارة بحد أقصى/عام)
- معينات سمعية (حدود \$3,000 / لكل أذن/ كل 36 شهراً)
- العناية الروتينية بالعيون (للبالغين)

حقوقك في مواصلة التغطية: هناك وكالات يمكنها المساعدة إذا كنت ترغب في مواصلة تغطيتك بعد انتهائها. وتعرض معلومات الاتصال لهذه الوكالات في المخطط أدناه. وقد تكون خيارات التغطية الأخرى متاحة لك أيضاً، متضمنة شراء التغطية التأمينية الفردية من خلال [www.HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) أو الاتصال بالرقم 1-800-813-2596.

حقوق التظلم والطعن الخاصة بك: هناك وكالات يمكنها المساعدة إذا كانت لديك شكوى ضد [خطتك](#) لرفض [المطالبة](#). تُسمى هذه الشكوى [تظلم](#) أو [طعن](#). وللمزيد من المعلومات حول حقوقك، يُرجى الرجوع إلى شرح المزايا التي ستحصل عليها مقابل تلك [المطالبة](#) الطبية. كما توفر مستندات [خطتك](#) معلومات كاملة حول كيفية تقديم [مطالبة](#) أو [طعن](#) أو [شكوى](#) لأي سبب من الأسباب إلى [خطتك](#). وللمزيد من المعلومات حول حقوقك أو هذا الإشعار أو المساعدة، يُرجى الاتصال بالوكالات الوارد في الرسم البياني أدناه.

معلومات الاتصال الخاصة بحقوقك في مواصلة التغطية وحقوق التظلم والطعن الخاصة بك:

خدمات أعضاء Kaiser Permanente	1-800-813-2000 (TTY: 711) أو www.kp.org/memberservices
إدارة أمن استحقاقات الموظفين التابعة لوزارة العمل	1-800-444-3272 (EBSA) أو www.dol.gov/ebsa/healthreform
دائرة الصحة والخدمات البشرية، مركز معلومات المستهلكين والرقابة على التأمين	1-877-267-2323 x61565 أو www.cciio.cms.gov
شعبة النظام المالي بولاية أوريغون	1-888-877-4894 أو www.dfr.oregon.gov
وزارة التأمين في واشنطن	1-800-562-6900 أو www.insurance.wa.gov

هل توفر هذه [الخطة الحد الأدنى من التغطية الأساسية](#)؟ نعم
يشمل [الحد الأدنى من التغطية الأساسية](#) عموماً [الخطط](#) والتأمين الصحي المتاح من خلال [السوق](#) أو سياسات [السوق](#) الفردية الأخرى و Medicare و Medicaid و CHIP و TRICARE وبعض التغطية الأخرى. وإذا كنت مؤهلاً لأنواع معينة من [الحد الأدنى من التغطية الأساسية](#)، فقد لا تكون مؤهلاً للحصول على [قسط الإعفاء الضريبي](#).

هل تلبي هذه [الخطة الحد الأدنى من معايير القيمة](#)؟ نعم
إذا كانت [خطتك](#) لا تفي [بالحد الأدنى من معايير القيمة](#)، فقد تكون مؤهلاً للحصول على [قسط الإعفاء الضريبي](#) لمساعدتك في الدفع مقابل [خطة](#) معينة من خلال [السوق](#).

خدمات الوصول اللغوية:

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).

للاطلاع على أمثلة حول كيفية تغطية هذه [الخطة](#) لتكاليف نموذج حالة طبية، يُرجى الاطلاع على القسم التالي.



هذا ليس مقدار التكلفة. تُعتبر العلاجات الواردة مجرد أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطة للرعاية الطبية. وستختلف تكاليفك الفعلية بناءً على الرعاية الفعلية التي تتلقاها والأسعار التي يتقاضاها مقدمو الخدمة والعديد من العوامل الأخرى. يُرجى العناية بمبالغ تقاسم التكلفة (الخصومات والمدفوعات المشتركة والتأمين المشترك) و الخدمات المستبعدة بموجب الخطة. واستخدم هذه المعلومات لمقارنة جزء التكاليف التي قد تدفعها بموجب خطط صحية مختلفة. يُرجى ملاحظة أن أمثلة التغطية الواردة هنا تعتمد على التغطية الذاتية فقط.

إدارة مرض السكري من النوع 2 لدى Joe (عام من الرعاية الروتينية داخل الشبكة لحالة تخضع للتحكم جيداً)

\$0	■ <u>الخصم الإجمالي للخطة</u>
\$0	■ <u>الدفع المشترك للأخصائي</u>
\$0	■ <u>الدفع المشترك للمستشفى (المنشأة)</u>
\$0	■ <u>المدفوعات المشتركة الأخرى (تحليل دم)</u>

يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل:
زيارات مكتب طبيب الرعاية الأولية (بما في ذلك التثقيف حول المرض)
الاختبارات التشخيصية (تحليل الدم)
الأدوية الموصوفة
المعدات الطبية المعمرة (قياس الجلوكوز)

إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال \$5,600

في هذا المثال، سيدفع Joe:

تقاسم التكلفة	
\$0	<u>الخصومات</u>
\$400	<u>الدفع المشترك</u>
\$10	<u>التأمين المشترك</u>
ما لم يتم تغطيته	
\$0	القيود أو الاستثناءات
\$410	إجمالي ما سيدفعه Joe

سُتُجِبَ Peg طفلاً

(9 أشهر من رعاية ما قبل الولادة داخل الشبكة والولادة في المستشفى)

\$0	■ <u>الخصم الإجمالي للخطة</u>
\$0	■ <u>الدفع المشترك للأخصائي</u>
\$0	■ <u>الدفع المشترك للمستشفى (المنشأة)</u>
\$0	■ <u>المدفوعات المشتركة الأخرى (تحليل دم)</u>

يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل:
زيارات مكتبية متخصصة (رعاية ما قبل الولادة)
الخدمات المهنية للولادة/الوضع
الخدمات المهنية للولادة/الوضع
الاختبارات التشخيصية (الموجات فوق الصوتية وتحليل الدم)
زيارة أخصائي (التخدير)

إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال \$12,700

في هذا المثال، ستدفع Peg:

تقاسم التكلفة	
\$0	<u>الخصومات</u>
\$10	<u>الدفع المشترك</u>
\$0	<u>التأمين المشترك</u>
ما لم يتم تغطيته	
\$60	القيود أو الاستثناءات
\$70	إجمالي ما ستدفعه Peg

كسر Mia البسيط

(زيارة غرفة الطوارئ داخل الشبكة ومتابعة الرعاية)

\$0	■ <u>الخصم الإجمالي للخطة</u>
\$0	■ <u>الدفع المشترك للأخصائي</u>
\$0	■ <u>الدفع المشترك للمستشفى (المنشأة)</u>
\$0	■ <u>المدفوعات المشتركة الأخرى (الأشعة السينية)</u>

يتضمن هذا الحدث الوارد في المثال على خدمات مثل:
رعاية غرفة الطوارئ (بما في ذلك المستلزمات الطبية)
اختبار تشخيصي (أشعة سينية)
المعدات الطبية المعمرة (العكازات)
خدمات إعادة التأهيل (العلاج الطبيعي)

إجمالي تكلفة الخدمات الواردة في المثال \$2,800

في هذا المثال، ستدفع Mia:

تقاسم التكلفة	
\$0	<u>الخصومات</u>
\$10	<u>الدفع المشترك</u>
\$50	<u>التأمين المشترك</u>
ما لم يتم تغطيته	
\$0	القيود أو الاستثناءات
\$60	إجمالي ما ستدفعه Mia

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) ማስታወሻ: 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ,
សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ
គឺអាចម្ចាស់សិទ្ធិប្រើប្រាស់បាន។ 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) ໂປດລາວ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

Naabeehó (Navajo) Dii baa akó ninizin: Dii saad bee
yánilti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá
jüik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíílnih 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: 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).