

 **혜택 및 보장 요약서(SBC) 문서는 건강 플랜을 선택하는 데 도움이 됩니다. SBC에는 가입자와 플랜이 보장되는 의료 서비스의 비용을 분담하는 방식이 나와 있습니다. 참고: 본 플랜의 비용(보험료)에 관한 정보는 별도로 제공해 드립니다.**
이 문서는 요약서일 뿐입니다. 보장에 관한 더 자세한 정보가 필요하거나 전체 보장 약관 사본을 받으시려면 www.kp.org/plandocuments를 참조하거나 1-800-813-2000(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 허용 금액, 잔액 청구, 공동 보험료, 코페이먼트, 공제액, 제공자와 같은 일반 용어 또는 기타 밑줄 친 용어에 대한 정의는 용어집을 참조하십시오. 용어집은 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary>에서 확인하거나 1-800-813-2000(TTY: 711)번으로 전화하여 사본을 요청하십시오.

중요한 질문	답변	중요한 이유:
전체 <u>공제액</u> 은 얼마인가요?	\$0	본 <u>플랜</u> 에서 보장해 드리는 서비스에 대한 가입자의 비용은 아래의 일반 의료 상황표를 참조하십시오.
<u>공제액</u> 이 충족되기 전에 보장되는 서비스가 있나요?	해당 없음.	본 <u>플랜</u> 은 가입자가 <u>공제액</u> 금액을 충족하지 않은 경우에도 일부 용품과 서비스를 보장해 드립니다. 단, <u>코페이먼트</u> 또는 <u>공동 보험료</u> 가 적용될 수 있습니다. 예를 들어 본 <u>플랜</u> 은 가입자가 <u>공제액</u> 을 충족하기 전에 <u>비용 분담</u> 없이 특정 <u>예방 서비스</u> 를 보장해 드립니다. 보장 대상 <u>예방 서비스</u> 의 목록은 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 에서 확인하시기 바랍니다.
특정 서비스를 받기 위해 다른 <u>공제액</u> 을 지불해야 하나요?	아니요.	특정 서비스를 받기 위해 <u>공제액</u> 을 충족할 필요는 없습니다.
본 <u>플랜</u> 의 <u>본인 부담금 한도</u> 는 얼마인가요?	개인 \$1,250 / 가족 \$2,500	<u>본인 부담금</u> 한도는 보장 서비스에 대해 가입자가 한 해 내에 지불할 수 있는 최대 금액입니다. 본 <u>플랜</u> 에 다른 가족도 가입되어 있을 경우, 다른 가족 구성원은 가족 전체 <u>본인 부담금</u> 한도가 충족될 때까지 자신의 <u>본인 부담금 한도</u> 를 충족해야 합니다.
무엇이 <u>본인 부담금 한도</u> 에 포함되지 않나요?	<u>보험료</u> , 본 <u>플랜</u> 이 보장하지 않는 의료 서비스, 2 페이지부터 시작되는 표에 수록된 서비스.	가입자가 이러한 비용을 지불하더라도 해당 비용은 <u>본인 부담금 한도</u> 에 포함되지 않습니다.

중요한 질문	답변	중요한 이유:
네트워크 제공자 를 이용하면 더 적은 금액을 부담하게 되나요?	예. 참여 제공자 목록은 www.kp.org 를 참조하거나 1-800-813-2000(TTY: 711)번으로 문의하십시오.	본 플랜 은 제공자 네트워크 를 이용합니다. 플랜 의 네트워크 에 소속된 제공자 를 이용하면 비용 부담이 적어집니다. 가입자가 네트워크 외 제공자 를 이용하는 경우 부담하게 될 금액이 가장 크며, 제공자 가 청구한 금액과 플랜 에서 지불하는 금액의 차액에 대해 제공자 로부터 청구서를 받게 될 수 있습니다(잔액 청구). 네트워크 제공자 는 일부 서비스(예: 임상 병리 검사)에 대해 네트워크 외 제공자 를 이용할 수도 있습니다. 서비스를 받기 전에 제공자 에게 문의하십시오.
전문의 의 진료를 받으려면 진료 의뢰 가 필요한가요?	예. 하지만 특정 전문의 에게 자가 진료 의뢰를 할 수도 있습니다.	본 플랜 은 전문의 의 진료를 받기 전에 진료 의뢰 를 받은 경우에만 보장 서비스에 대해 전문의 에게 받은 진료 비용의 일부 또는 전부를 지불합니다.



이 표에 수록된 모든 [코페이먼트](#) 및 [공동 보험료](#) 비용은 [공제액](#)이 적용되는 경우 [공제액](#)이 충족된 후의 비용입니다.

일반 의료 상황	필요한 서비스	본인 부담금		제한, 예외 및 기타 중요한 정보
		참여 제공자 (최소 비용 부담)	비참여 제공자 (최대 비용 부담)	
의료 제공자 의 진료실 또는 클리닉을 방문하는 경우	상해 또는 질병 치료를 위한 1차 진료 방문	무료	보장되지 않음	없음
	전문의 방문	방문당 \$15	보장되지 않음	없음
	예방 의료/선별 검사 /예방 접종	무료	보장되지 않음	예방 서비스가 아닌 서비스에 대해서는 비용을 부담해야 할 수도 있습니다. 필요한 서비스가 예방 서비스인지 제공자 에게 문의하십시오. 그리고 가입자의 플랜 이 지불하는 부분을 확인하십시오.
검사를 받는 경우	진단 검사 (엑스레이, 혈액 검사)	엑스레이: 무료 임상 병리 검사: 무료	보장되지 않음	없음
	영상(CT/PET 스캔, MRI)	방문당 \$50	보장되지 않음	일부 서비스는 사전 승인을 받아야 할 수도 있습니다.

일반 의료 상황	필요한 서비스	본인 부담금		제한, 예외 및 기타 중요한 정보
		참여 제공자 (최소 비용 부담)	비참여 제공자 (최대 비용 부담)	
질병 또는 질환 치료를 위해 의약품이 필요한 경우 처방약 보장 에 관한 자세한 내용은 www.kp.org/formulary 에서 확인할 수 있음	복제 의약품	처방당 \$5(소매), \$10(우편 주문)	보장되지 않음	최대 30 일분(소매), 최대 90 일분(우편 주문). 처방집 지침에 따름.
	선호 브랜드 의약품	처방당 \$25(소매), \$50(우편 주문)	보장되지 않음	최대 30 일분(소매), 최대 90 일분(우편 주문). 처방집 지침에 따름.
	비선호 브랜드 의약품	처방당 \$50(소매), \$100(우편 주문)	보장되지 않음	최대 30 일분(소매), 최대 90 일분(우편 주문). 예외 절차를 통해 승인된 경우 처방집 지침에 따름.
	특수 의약품	해당하는 복제 의약품, 선호 브랜드 의약품, 비선호 브랜드 의약품 비용 분담이 적용됩니다.	보장되지 않음	최대 30 일분(소매). 예외 절차를 통해 승인된 경우 처방집 지침에 따름.
외래 수술을 받는 경우	시설 사용료(예: 응급 수술 센터)	방문당 \$50	보장되지 않음	사전 승인 필요.
	내과의/외과의 진료비	무료	보장되지 않음	내과의/외과의 비용은 시설 비용에 포함됩니다.
가입자가 신속히 진료를 받아야 하는 경우	응급실 진료	방문당 \$200	방문당 \$200	입원 환자로 병원에 입원하는 경우 코페이먼트 면제.
	응급 의료 이송	이송당 \$75	이송당 \$75	없음
	긴급 치료	방문당 \$30	보장되지 않음	일시적으로 서비스 외부 지역에 있을 경우 비참여 제공자가 보장됨: 방문당 \$30.
병원에 입원하는 경우	시설 이용료(예: 입원실)	입원당 \$100	보장되지 않음	사전 승인 필요.
	내과의/외과의 진료비	무료	보장되지 않음	내과의/외과의 비용은 시설 비용에 포함됩니다.

일반 의료 상황	필요한 서비스	본인 부담금		제한, 예외 및 기타 중요한 정보
		참여 제공자 (최소 비용 부담)	비참여 제공자 (최대 비용 부담)	
정신 건강, 행동 건강, 약물 남용 치료 서비스가 필요한 경우	외래 서비스	무료	보장되지 않음	없음
	입원 서비스	입원당 \$100	보장되지 않음	사전 승인 필요.
임신한 경우	진료실 방문	무료	보장되지 않음	서비스 유형에 따라 코페이먼트 , 공동 보험료 또는 공제액 이 적용될 수 있음. 산모 진료에는 본 SBC의 다른 부분에 설명된 검사 및 서비스(예: 초음파)가 포함될 수 있습니다.
	출산/분만 전문가 서비스	무료	보장되지 않음	전문가 서비스는 시설 비용에 포함됩니다.
	출산/분만 시설 서비스	입원당 \$100	보장되지 않음	없음
회복에 도움이 필요하거나 기타 특별한 요구 사항이 있는 경우	재가 간호	무료	보장되지 않음	연간 최대 130 회 방문. 사전 승인 필요.
	재활 서비스	외래 환자: 방문당 \$15 입원 환자: 입원당 \$100	보장되지 않음	외래 환자: 치료당 연간 최대 20 회 방문. 사전 승인 필요. 입원 환자: 사전 승인 필요.
	자활 서비스	방문당 \$15	보장되지 않음	치료당 연간 최대 20 회 방문. 사전 승인 필요.
	전문 요양 간호	무료	보장되지 않음	연간 최대 100 일. 사전 승인 필요.
	내구성 의료 장비	무료	보장되지 않음	처방집 지침에 따름. 사전 승인 필요.
	호스피스 서비스	무료	보장되지 않음	사전 승인 필요.
자녀가 치과 또는 안과 진료가 필요한 경우	어린이 안과 검사	굴절 검사 무료	보장되지 않음	없음
	어린이 안경	무료	보장되지 않음	12 개월에 안경테 한 쌍과 렌즈 한 쌍 또는 콘택트렌즈 한 쌍으로 제한.
	어린이 치과 검진	보장되지 않음	보장되지 않음	없음

제외되는 서비스 및 기타 보장 서비스

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

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

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

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 침술(연간 최대 20 회 방문) • 비만 수술 | <ul style="list-style-type: none"> • 척추 교정 진료(연간 최대 20 회 방문) • 보청기(36 개월마다 귀 한 쪽당 \$3000 까지) | <ul style="list-style-type: none"> • 정기 안과 진료(성인) |
|--|--|--|

가입자의 보장 지속 권리: 보장이 종료된 이후에 귀하가 이를 지속하기 원하는 경우 도와드릴 수 있는 기관들이 있습니다. 해당 기관의 연락처가 아래 표에 나와 있습니다. **건강 보험 마켓플레이스**를 통해 개별 보험 보장에 가입하는 것을 비롯하여 다른 보장 옵션도 확인할 수 있습니다. **마켓플레이스**에 관한 자세한 내용은 www.HealthCare.gov를 참조하거나 1-800-318-2596번으로 문의하십시오.

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

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

Kaiser Permanente 가입자 서비스	1-800-813-2000(TTY: 711) 또는 www.kp.org/memberservices
노동부 산하 근로자 혜택 보장 관리부	1-866-444-EBSA(3272) 또는 www.dol.gov/ebsa/healthreform
보건 복지부, 소비자 정보 및 보험 감독 센터	1-877-267-2323(내선 61565) 또는 www.cciio.cms.gov
오리건주 금융 규제부	1-888-877-4894 또는 www.dfr.oregon.gov
워싱턴주 보험부	1-800-562-6900 또는 www.insurance.wa.gov

본 플랜은 최소 필수 보장을 제공하나요? 예

최소 필수 보장은 일반적으로 **플랜**, **마켓플레이스**를 통해 이용할 수 있는 **건강 보험** 또는 기타 개별 시장 보험 증서, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, 특정 기타 보장을 포함합니다. 가입자가 특정 유형의 **최소 필수 보장** 자격이 되는 경우 **보험료 세액 공제**를 받을 자격이 되지 않을 수 있습니다.

본 플랜이 최소 가치 표준을 충족하나요? 예

가입자의 [플랜](#)이 [최소 가치 표준](#)을 충족하지 않는 경우, 가입자는 [보험료 세액 공제](#) 자격이 되어 [마켓플레이스](#)를 통해 [플랜](#)에 비용을 지불할 수 있습니다.

다국어 지원 서비스:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-813-2000 (TTY: 711).

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-813-2000 (TTY: 711).

본 [플랜](#)이 가상의 의료 상황에서 비용을 보장해 드리는 방법에 대한 예시는 다음 섹션을 참조하십시오.

이 보장 예시에 관하여:



이 예시는 예상 비용을 책정하는 것이 아닙니다. 소개된 치료는 본 [플랜](#)에서 의료 서비스를 보장하는 방식에 대한 예시에 불과합니다. 실제 비용은 가입자가 받는 실제 진료, [제공자](#)가 청구하는 금액, 그 외 다양한 요인에 따라 다릅니다. [비용 분담](#) 금액([공제액](#), [코페이먼트](#), [공동 보험료](#)) 및 본 [플랜](#)에서 [제외되는 서비스](#)에 주목해 주십시오. 이 정보를 사용하여 다른 건강 [플랜](#)에서 부담하게 될 비용과 비교하십시오. 이러한 보장 예시는 본인에게만 적용되는 보장을 기준으로 합니다.

임신 중인 Peg (9개월간의 네트워크 내 산전 진료 및 병원 분만)

■ 본 플랜 의 전체 공제액	\$0
■ 전문 의 코페이먼트	\$15
■ 병원(시설) 코페이먼트	\$100
■ 기타(혈액 검사) 코페이먼트	\$0

이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

[전문](#)의 진료실 방문(산전 진료)
출산/분만 전문가 서비스
출산/분만 시설 서비스
[진단 검사](#)(초음파 및 혈액 검사)
[전문](#)의 방문(마취)

총 예시 비용	\$12,700
---------	----------

이 예시에서 Peg는 다음을 지불하게 됩니다.

비용 분담금	
공제액	\$0
코페이먼트	\$100
공동 보험료	\$0
보장되지 않은 항목	
제한 또는 제외	\$60
Peg가 지불할 총 금액	\$160

Joe의 제 2형 당뇨병 관리 (1년간 잘 관리된 상태에 대한 네트워크 내 정기 진료)

■ 본 플랜 의 전체 공제액	\$0
■ 전문 의 코페이먼트	\$15
■ 병원(시설) 코페이먼트	\$100
■ 기타(혈액 검사) 코페이먼트	\$0

이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

[1차 진료](#)의 진료실 방문(질병 관련 교육 포함)
[진단 검사](#)(혈액 검사)
[처방약](#)
[내구성 의료 장비](#)(혈당 측정기)

총 예시 비용	\$5,600
---------	---------

이 예시에서 Joe는 다음을 지불하게 됩니다.

비용 분담금	
공제액	\$0
코페이먼트	\$500
공동 보험료	\$10
보장되지 않은 항목	
제한 또는 제외	\$0
Joe가 지불할 총 금액	\$510

Mia의 단순 골절 (네트워크 내 응급실 방문 및 후속 진료)

■ 본 플랜 의 전체 공제액	\$0
■ 전문 의 코페이먼트	\$15
■ 병원(시설) 코페이먼트	\$100
■ 기타(엑스레이) 코페이먼트	\$0

이 예시 상황에는 다음과 같은 서비스가 포함됩니다.

[응급실 진료](#)(의료 용품 포함)
[진단 검사](#)(엑스레이)
[내구성 의료 장비](#)(목발)
[재활 서비스](#)(물리 치료)

총 예시 비용	\$2,800
---------	---------

이 예시에서 Mia는 다음을 지불하게 됩니다.

비용 분담금	
공제액	\$0
코페이먼트	\$400
공동 보험료	\$50
보장되지 않은 항목	
제한 또는 제외	\$0
Mia가 지불할 총 금액	\$450

[본 [플랜](#)은 예시에 제시된 보장 서비스의 기타 비용에 대해 책임을 질 수 있습니다.]

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: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ,
សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ
គឺអាចម្ចាស់សិទ្ធិប្រើប្រាស់។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-813-2000
(TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어
지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-800-813-2000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: 711).

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