

Formulario de inscripción/renuncia de 2024

- Inscripción**
(complete las secciones I, II, IV y V).
- Renuncia**
(complete las secciones I y III).
- Cambios en la información**
(complete las secciones I y II).



Para cancelaciones, utilice el formulario F8708.

I Información del empleado/titular del contrato (deberá completarse para la inscripción y renuncia).

| | | | | |
|--|---|---|---|----------------------------------|
| Fecha de vigencia | Nombre del grupo/empleador | | Número del grupo | N.º de dept./ubicación de nómina |
| Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Ocupación | |
| Dirección postal | | | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado | Número de teléfono |
| Dirección de correo electrónico | | | Número de Seguro Social (si no cuenta con NSS, indique "N/C")* | |
| Estado civil (marque una opción): <input type="checkbox"/> Soltero/viudo <input type="checkbox"/> Casado | Estado de inscripción <input type="checkbox"/> Empleado activo <input type="checkbox"/> Empleado recontratado | <input type="checkbox"/> Cambio de empleo de medio tiempo a tiempo completo <input type="checkbox"/> Fecha de inicio de continuación de COBRA ____/____/____ <input type="checkbox"/> Evento de inscripción especial Fecha ____/____/____ | | |
| Fecha de contratación (o recontractación) a tiempo completo (mm/dd/aaaa) / / | Horas trabajadas por semana | N.º de la clínica de atención primaria (si corresponde) | | |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / / | Edad | Selecciones del producto (si su empleador ofrece estas opciones de cobertura): <input type="checkbox"/> Número del plan médico: _____ <input type="checkbox"/> Nombre del producto dental: _____ <input type="checkbox"/> Nombre del producto de la vista: _____ | |

II Información de dependientes (para inscribir a más de cuatro dependientes, adjunte una hoja por separado).

Cónyuge/pareja de hecho

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | ¿Parentesco con usted? <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho | |
| Número de Seguro Social (si no cuenta con NSS, indique "N/C")* | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / / | Edad | |
| Selecciones del producto: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan dental <input type="checkbox"/> Plan de la vista | | N.º de la clínica de atención primaria (si corresponde) | | |

Dependiente n.º 1

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Parentesco con usted <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Adoptado** <input type="checkbox"/> Otro** | |
| Número de Seguro Social (si no cuenta con NSS, indique "N/C")* | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / / | Edad | |
| Selecciones del producto: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan dental <input type="checkbox"/> Plan de la vista | | Estado de dependiente si tiene 26 años Mayores: <input type="checkbox"/> Discapacitado | N.º de la clínica de atención primaria (si corresponde) | |

Dependiente n.º 2

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Parentesco con usted <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Adoptado** <input type="checkbox"/> Otro** | |
| Número de Seguro Social (si no cuenta con NSS, indique "N/C")* | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / / | Edad | |
| Selecciones del producto: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan dental <input type="checkbox"/> Plan de la vista | | Estado de dependiente si tiene 26 años de edad o más: <input type="checkbox"/> Discapacitado | N.º de la clínica de atención primaria (si corresponde) | |

* Los números de Seguro Social (NSS) para usted y sus dependientes se solicitan, pero no se exigen.

** Para inscribir a un niño adoptado o a un niño que ha sido colocado legalmente bajo su custodia, adjunte una copia de los documentos de custodia/legales para respaldar la elegibilidad del dependiente.

Dependiente n.º 3

| | | | |
|--|----------------------------|--|---|
| Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | ¿Parentesco con usted? <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Adoptado** <input type="checkbox"/> Otro** |
| Número de Seguro Social (si no cuenta con NSS, indique "N/C")* | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Edad / / |
| Selecciones del producto: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan dental <input type="checkbox"/> Plan de la vista | | Estado de dependiente si tiene 26 años de edad o más: <input type="checkbox"/> Discapacitado | N.º de la clínica de atención primaria (si corresponde) |

Dependiente n.º 4

| | | | |
|--|----------------------------|--|---|
| Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Parentesco con usted <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Adoptado** <input type="checkbox"/> Otro** |
| Número de Seguro Social (si no cuenta con NSS, indique "N/C")* | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Edad / / |
| Selecciones del producto: <input type="checkbox"/> Plan médico <input type="checkbox"/> Plan dental <input type="checkbox"/> Plan de la vista | | Estado de dependiente si tiene 26 años Mayores: <input type="checkbox"/> Discapacitado | N.º de la clínica de atención primaria (si corresponde) |

 Familiares adicionales en la página adjunta

* Los números de Seguro Social (NSS) para usted y sus dependientes se solicitan, pero no se exigen.

** Para inscribir a un niño adoptado o a un niño que ha sido colocado legalmente bajo su custodia, adjunte una copia de los documentos de custodia/legales para respaldar la elegibilidad del dependiente.

Resumen de beneficios y cobertura

Encontrará un Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) disponible para los planes médicos solamente para ayudarle a comprender los detalles del plan. También contará con un Glosario uniforme de términos relacionados con el seguro. Podrá acceder al SBC y al glosario uniforme en bluecrossmn.com o solicitarlo sin costo alguno comunicándose con su empleador, o con el agente o corredor de su empleador, o bien, llamando al servicio al cliente a la línea gratuita 1-800-382-2000.

III Renuncia de cobertura (complete esta sección SOLAMENTE si rechaza la cobertura que se ofrece para usted o para sus familiares).**Médica** (si su empleador ofrece esta cobertura)**Por la presente, rechazo la cobertura médica:**

- Para mí
- Para mis familiares SOLAMENTE
- Para mí y para TODOS mis familiares
- Para los siguientes familiares:

Razones para rechazar la cobertura médica:

- Otra cobertura médica grupal para cónyuge/pareja de hecho
- Otra cobertura médica grupal para padres
- Cobertura individual
- Continuación de la cobertura grupal
- Sin cobertura médica adicional
- Medicare Medical Assistance
- General Assistance Medical Care
- TRICARE/VA Otra: _____

Dental (si su empleador ofrece esta cobertura)**Por la presente, rechazo la cobertura dental:**

- Para mí
- Para mis familiares SOLAMENTE
- Para mí y para TODOS mis familiares
- Para los siguientes familiares:

De la vista (si su empleador ofrece esta cobertura)**Por la presente, rechazo la cobertura de la vista:**

- Para mí
- Para mis familiares SOLAMENTE
- Para mí y para TODOS mis familiares
- Para los siguientes familiares:

Por la presente, reconozco que se me ha dado la oportunidad de participar en los planes grupales médico, dental o de la vista proporcionados por mi empleador. En caso de que yo o alguno de mis dependientes elegibles deseemos solicitar esta cobertura en una fecha posterior, es posible que debamos esperar hasta la renovación de mi grupo o hasta que ocurra un evento de inscripción especial antes de que se ofrezca la cobertura.

III Renuncia de cobertura (continuación)

Derechos de inscripción especial:

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge), es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan, en el futuro, siempre que usted solicite la inscripción dentro de los 31 días desde la fecha en que finaliza su otra cobertura o la de sus dependientes, y no más de los 60 días si la otra cobertura del plan era a través de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para los Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP). Además, si tiene un nuevo dependiente elegible como resultado de nacimiento, adopción o colocación para adopción, o cuidado tutelar u orden judicial, es posible que pueda inscribirse usted e inscribir a sus dependientes elegibles. (Para la cobertura dental o de la vista **únicamente**, también puede inscribir a un dependiente elegible menor de 3 años en cualquier momento hasta 30 días después del tercer cumpleaños del niño). Para evitar demoras en los reclamos, deberá solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del nacimiento, la adopción o la colocación para adopción, o cuidado tutelar u orden judicial. También puede estar disponible la inscripción especial como resultado de un matrimonio, siempre que usted solicite la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio.

Firma del empleado/titular del contrato: **solo firme aquí si renuncia a la cobertura**

Fecha

IV Otra cobertura de seguro de salud (médico)

Otra cobertura de seguro de salud (médico) grupal o no grupal

| | | | |
|---|--|--------------------------|---|
| Nombre de la aseguradora | Número del grupo | Fecha de vigencia / / | Nombre del titular de la póliza |
| Fecha de nacimiento del titular de la póliza / / | Parentesco con el titular de la póliza | Número de póliza | Situación laboral del titular de la póliza <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado Fecha de jubilación: __/__/__ |

Cobertura de Medicare (indique todos los familiares que sean elegibles para los beneficios de Medicare).

| Nombre del miembro o dependiente | Número de reclamo del seguro de salud (médico) | Fechas de vigencia | | | Marque (✓) la razón de la cobertura de Medicare | | | ¿Tiene la póliza suplementaria de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|----------------------------------|--|------------------------|------------------|-----------------------------------|---|--------------|------------------------------------|--|
| | | Hospitalaria (Parte A) | Médica (Parte B) | Medicamentos con receta (Parte D) | Edad | Discapacidad | Enfermedad renal en etapa terminal | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

V Importante: Se requiere firma autorizada

Lea esta sección, firme y feche la solicitud. Blue Cross and Blue Shield of Minnesota y Blue Plus, en adelante Blue Cross, actuarán según la información que usted proporcione en la presente solicitud.

A los fines de la solicitud, comprendo y acepto que "empleado" se define únicamente como aquellas personas que están sujetas a la Ley de Contribución al Seguro Federal (Federal Insurance Contribution Act, FICA) y a otro tipo de retención de impuestos, y que prestan servicios a cambio de la compensación del empleador que figuran en la Sección I de esta solicitud.

Para poder procesar esta solicitud, Blue Cross puede recopilar información personal sobre mí o los familiares que figuran en esta solicitud. La información recopilada por Blue Cross o los agentes autorizados de Blue Cross puede, en ciertas circunstancias, divulgarse a terceros sin autorización. Tengo derecho a consultar mis registros personales que Blue Cross conserva y a corregir la información personal que Blue Cross ha recopilado sobre mí o los familiares que figuran en esta solicitud. Si lo solicito, Blue Cross proporcionará una notificación más detallada sobre las prácticas de información de Blue Cross. Blue Cross mantiene esta información confidencial, pero puede divulgarla si lo autorizo, o si las leyes estatales o federales permiten o exigen la divulgación sin autorización. A los fines de obtener información relacionada con esta solicitud, el restablecimiento o la modificación de los beneficios de la póliza, esta divulgación tiene validez siempre y cuando yo reciba seguro continuo por parte del asegurador. Tengo derecho a recibir una copia de cualquier divulgación que firme.

Acepto que, si me inscribo en un producto que cuenta con ciertos proveedores designados, Blue Cross puede compartir mi nombre, dirección y números de teléfonos, así como también mis registros médicos y contables pasados, presentes y futuros con dichos proveedores designados respecto de los servicios que estos proveedores designados y otros proveedores de atención no relacionados con los proveedores designados me han prestado. Los proveedores designados pueden usar estos registros según sea necesario para manejar o coordinar mi atención y para mejorar la calidad de dicha atención.

Blue Cross se basa principalmente en la información proporcionada y la divulgación total de la información que figura en esta solicitud al tomar la decisión sobre si aceptarme a mí y a los familiares que figuran en esta solicitud para brindarnos cobertura. Reconozco la importancia de proporcionar información precisa y completa. Reconozco que debo responder todas las preguntas requeridas de la solicitud, incluso si yo o los familiares que figuran en esta solicitud ya tenemos cobertura o tuvimos cobertura anterior con Blue Cross.

Comprendo y acepto que el pago de un reclamo no impide a Blue Cross tener el derecho a rechazar reclamos futuros o a tomar medidas que considere convenientes, lo que incluye la rescisión del contrato y la solicitud de reembolso de los reclamos ya pagados.

V Importante: Se requiere firma autorizada (continuación)

Comprendo que ni mi plan médico ni mi plan dental incluyen cobertura para el beneficio de salud esencial dental pediátrica y que Blue Cross me ha informado que puedo comprar una cobertura dental pediátrica. Para obtener más información sobre los planes dentales pediátricos disponibles, visite mnsure.org.

Acepto notificar a Blue Cross de inmediato sobre cualquier cambio en mi información de inscripción o en la de mis familiares entre la fecha de la presente solicitud y la fecha de vigencia de la cobertura. El no notificar a Blue Cross sobre cualquier cambio en la información contenida en la presente solicitud puede derivar en el rechazo de reclamos, la rescisión del contrato o un ajuste en la prima.

Si me la solicitan, acepto proporcionar la información adicional necesaria respecto a la elegibilidad de cualquier familiar que solicita cobertura.

Blue Cross puede, a su entera discreción y de acuerdo con las leyes vigentes y las directrices normativas, rechazar la aceptación de los pagos de primas y costos compartidos realizados de forma directa o indirecta por terceros no elegibles. El término "Terceros no elegibles" incluye a cualquier persona o entidad de la cual Blue Cross no está obligada por ley a aceptar los pagos de dichos terceros. Esto puede incluir, por ejemplo, entidades comerciales, proveedores de atención médica y otras personas o entidades con intereses pecuniarios directos o indirectos. El término "Pagos" incluye los pagos efectuados por cualquier medio, (por ejemplo, dinero en efectivo, cheque, giro postal, tarjeta de crédito, transferencia electrónica de fondos). Si tiene alguna pregunta acerca de esta póliza de pago de terceros o si Blue Cross aceptará los pagos de primas o costos compartidos realizados por una persona o entidad determinada, comuníquese con Blue Cross.

Reconozco que no solicito esta cobertura en relación con ninguna oferta de un tercero no elegible para pagar una prima o un costo compartido relacionados con este plan.

Comprendo que el plan de salud que he seleccionado puede contener una cantidad limitada de proveedores en la red mencionada en mi solicitud, que los proveedores de la red pueden cambiar ocasionalmente y que no todos los proveedores están en la red de mi plan. También comprendo y reconozco que, con excepciones limitadas, si visito a un proveedor o centro fuera de la red, pagaré más por mi atención, y estos costos se tendrán en cuenta para calcular la participación en los costos fuera de la red (p. ej., el deducible fuera de la red y el [límite/máximo] de desembolso directo). Consulte el folleto de beneficios para miembros para obtener información adicional.

Comprendo y acepto que Blue Cross podría compartir mis registros médicos y contables pasados, presentes y futuros con mis proveedores de la red sobre los servicios que he recibido de mis proveedores de la red y proveedores fuera de la red. Mis proveedores de la red pueden usar estos registros según sea necesario para manejar o coordinar mi atención y para mejorar la calidad de dicha atención.

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir comunicaciones o materiales de publicidad relacionados con el plan que seleccioné y los productos ofrecidos por Blue Cross y sus entidades afiliadas o puestos a disposición a través de estas. Puedo cancelar mi suscripción o cambiar mi dirección de correo electrónico en cualquier momento si sigo las instrucciones que se incluyen en cada comunicación por correo electrónico.

Al proporcionar mi número de teléfono, acuerdo expresamente aceptar y recibir comunicaciones o materiales de publicidad relacionados con el plan que seleccioné y los productos ofrecidos por Blue Cross y sus entidades afiliadas o puestos a disposición a través de estas, por mensaje de texto o llamada de voz a mi dispositivo móvil y a los números de teléfono celular/móvil que proporcione.

He leído las respuestas, declaraciones e instrucciones anteriores y expongo que son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Comprendo y acepto que Blue Cross actuará según la información que he proporcionado en esta solicitud y que cualquier información falsa, omisión o información errónea presente en esta solicitud que afecte sustancialmente la elegibilidad de inscripción puede derivar en el rechazo de reclamos o en un ajuste en la prima. También comprendo y acepto que Blue Cross puede rescindir el contrato si Blue Cross determina que (1) he llevado a cabo un acto, una práctica o una omisión que constituye fraude o (2) he hecho una declaración falsa sobre algún dato sustancial o he omitido dichos datos de manera intencional.

ADVERTENCIA: No puede garantizarse que la transmisión de correos electrónicos y mensajes de textos sea segura o libre de errores debido a que la información puede interceptarse, dañarse, extraviarse, destruirse, llegar tarde o de manera incompleta, o bien, contener virus. Como receptor de un correo electrónico o mensaje de texto desde un correo electrónico o dispositivo no seguro, Blue Cross no aceptará ninguna responsabilidad por cualquier error u omisión en el contenido de ese mensaje que surja como resultado de la transmisión del correo electrónico o mensaje de texto.

Si esta solicitud se completa como un formulario de solicitud electrónica o por Internet, ambas partes acuerdan realizar esta transacción por medios electrónicos.

Nombre en letra de imprenta del empleado/titular del contrato

Nombre en letra de imprenta del grupo/empleador

Firma del empleado/titular del contrato

Fecha

- Comuníquese con su empleador o con el productor de su empleador para recibir ayuda.
- Llame sin costo al 1-800-382-2000 para solicitar esta información en otros idiomas y formatos. Para TTY, llame al 711. Horario: de 8 a. m. a 6 p. m., hora central, de lunes a viernes.

Instrucciones de presentación - Empleados: envíe su formulario completado a su empleador.

Empleadores: los formularios de empleados completados deben enviarse a Blue Cross

- **Nuevo negocio grupal:** consulte con su agente o administrador de beneficios.
- **Inscripción abierta:** para los empleados y dependientes que deseen que la fecha de vigencia de su cobertura sea la fecha de renovación anual del plan del empleador (durante el plazo de 30 días antes de la fecha de renovación anual).
- **Continuación de la inscripción:** agregar nuevos empleados, titulares de contrato o dependientes a un grupo existente.

Realice la presentación en el portal del empleador; o envíe por fax: (651) 662-7258, correo electrónico: Enrollment.Forms@bluecrossmn.com, o correo postal a: Blue Cross and Blue Shield of Minnesota/P.O. Box 982806/El Paso, TX 79998-2806

AVISO DE PRÁCTICAS DE NO DISCRIMINACIÓN
En vigencia a partir del 18 de julio de 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota y Blue Plus (Blue Cross) cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Blue Cross no excluye a ninguna persona ni le trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross proporciona recursos para acceder a información en formatos e idiomas alternativos:

- La ayuda y los servicios de asistencia, tales como intérpretes calificados e información por escrito disponible en otros formatos, están disponibles de manera gratuita para personas con discapacidades, a fin de ayudarles a comunicarse con nosotros.
- Los servicios lingüísticos, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, están disponibles de manera gratuita para personas cuyo idioma materno no sea el inglés.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si considera que Blue Cross no le proporcionó estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles de no discriminación:

- Por correo electrónico a la siguiente dirección: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- Por correo postal a la siguiente dirección: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- O por teléfono al: 1-800-509-5312

Los formularios para reclamaciones están disponibles si se comunica con nosotros por los medios detallados anteriormente, llamando al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, tiene asistencia a su disposición si se comunica con nosotros a través de los números que aparecen arriba.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

- De manera electrónica a través del portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Por teléfono al:
1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD)
- O por correo postal a la siguiente dirección:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201

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

image_0006_NDL_Portrait (09/16)

Blue Cross® and Blue Shield® of Minnesota and Blue Plus® are nonprofit independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Esta información está disponible en otros idiomas. Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma si llama al número gratuito a continuación. Para TTY, llame al 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညိကိတ်ဒီး: တၢ်ကဟ့ၣ်နၢကိတ်တၢ်မၤစၢၤကလိတဖၣ်န့ၣ်လီၤ. ကိ: 1-866-251-6744 လၢ TTY
အဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي
اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສໍາລັບ TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចទទួលបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowłgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béesh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jì' béesh bee hodíílnih.

image_0002R02_General_Portrait (01/17)