KAISER PERMANENTE® **: Williams-Sonoma, Inc MAS $350 DHMO** **Cobertura para: Individuo/Familia | Tipo de plan: HMO**

2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf o llamar al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$350 por individuo/$700 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible que pagaron todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La atención preventiva y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	$2,000 por individuo/$4,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, la atención médica que no cubre este plan y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Para obtener una lista de proveedores del plan, visite www.kp.org o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711).	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	Sí, pero puede autoderivarse a ciertos especialistas.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de ver al especialista.

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$25 por visita, el deducible no se aplica.	No está cubierto	No se aplica a menores de 5 años.
	Consulta con un especialista	$50 por visita, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin costo, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 20% de coseguro Pruebas de laboratorio: 20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.kp.org/formulary	La mayoría de los medicamentos genéricos (nivel 1)	Al por menor: $10 por receta médica; farmacia participante: $20 por receta médica; orden por correo: $20 por receta médica; el deducible no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor y en farmacias participantes, o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Los medicamentos preventivos de la lista de medicamentos y los anticonceptivos de todos los niveles no tienen costo, el deducible no se aplica. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos.
	La mayoría de los medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Al por menor: $50 por receta médica; farmacia participante: $60 por receta médica; orden por correo: $100 por receta médica; el deducible no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor y en farmacias participantes, o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos.
	Medicamentos no preferidos (nivel 3)	Al por menor: $75 por receta médica; farmacia participante: $85 por receta médica; orden por correo: $150 por receta médica; el deducible no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor y en farmacias participantes, o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Medicamentos de especialidad (nivel 4)	Al por menor: $150 por receta médica; farmacia participante: $150 por receta médica; el deducible no se aplica.	No está cubierto	Hasta un suministro de 30 días al por menor y en farmacias participantes. Sujeto a las pautas de la lista de medicamentos cuando estén aprobados mediante el proceso de excepciones.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	$200 por visita, el deducible no se aplica.	$200 por visita, el deducible no se aplica.	No se aplica el copago si ingresó al hospital directamente como paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna
	Atención de urgencia	$50 por visita, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Los proveedores fuera del plan están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio: $50 por visita, el deducible no se aplica.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$25 por visita individual, el deducible no se aplica.	No está cubierto	$12 por visita grupal, el deducible no se aplica.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Se pueden aplicar copagos, coseguros o deducibles según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	No está cubierto	Límite de 120 consultas por año.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio: $25 por visita, el deducible no se aplica. Paciente hospitalizado: 20% de coseguro	No está cubierto	Paciente ambulatorio: límite de 90 visitas por terapia, por año, por lesión, incidente o condición.
	Servicios de habilitación	$25 por visita, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Limitado a menores de 3 años con defectos congénitos o genéticos.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	No está cubierto	Límite de 100 días por año.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	$25 por consulta para un examen de refracción, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin costo, el deducible no se aplica.	No está cubierto	Limitado a un par de armazones y lentes, o lentes de contacto cada 12 meses.
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención dental (adultos y niños)
- Cuidados a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para perder peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura (se limita a 20 visitas por año)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (se limita a 20 visitas por año)
- Audífonos (adultos: límite de $1,000 por oído cada 36 meses; hasta los 19 años: límite de $1,500 por oído cada 24 meses)
- Tratamiento para la infertilidad (límite de 3 procedimientos in vitro de por vida; límite de $100,000 de por vida)
- Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-855-249-5018 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de Seguros de Virginia	1-877-310-6560 o www.scc.virginia.gov/boi

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-249-5018 (TTY: 711) uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-855-249-5018 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$350**
- **Copago para el especialista** **$50**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20%**
- **Otro coseguro (análisis de sangre)** **20%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$350
Copagos	$10
Coseguro	$1,600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$2,020**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$350**
- **Copago para el especialista** **$50**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20%**
- **Otro coseguro (análisis de sangre)** **20%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$80
Copagos	$1,000
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$1,280**

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

- **El deducible general del plan** **$350**
- **Copago para el especialista** **$50**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20%**
- **Otro coseguro (radiografía)** **20%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$350
Copagos	$400
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$950**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (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 **1-800-777-7902** (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: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

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.

In the event of dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል: ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Ɓăsɔ́ɔ̀ Wùɖù (Bassa) Dè ɖɛ nìà kɛ dyéɖé gbo: Ɔ jǔ ké m̀ Ɓàsɔ́ɔ̀-wùɖù-po-nyɔ̀ jǔ ní, nìí, à wuɖu kà kò ɖò po-poɔ̀ bɛ́ìn m̀ gbo kpáa. Ðá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902**（TTY：**711**）。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ગુજરાતી (Gujarati) સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRỤBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dịịrị gị. Kpọọ **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (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。**1-800-777-7902**（TTY: **711**）まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

اُردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں **1-800-777-7902** (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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902** (TTY: **711**).