
 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, ingrese al sitio web ers.swhp.org/forms-guides, o llame al 1-800-321-7947. Para definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-800-321-7947 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0 por persona	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	<p>Si. Los servicios de atención preventiva y atención primaria están cubiertos antes de que alcance su deducible.</p> <p>Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos antes de que alcance su deducible en toda la Declaración de Emergencia Nacional debido al nuevo coronavirus.</p>	Este plan cubre algunos elementos y servicios incluso si no ha alcanzado su monto deducible . Sin embargo, es posible que se cobre un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre los servicios preventivos sin participación de costos y antes de que alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en el sitio healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Si. \$50 por persona para gastos de medicamentos recetados . No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$6,750 por persona / \$13,500 por familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , deben cumplir con sus propios límites de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de bolsillo de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Copagos en ciertos servicios, primas , cargos de facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, estos no forman parte del límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Consulte el sitio ers.swhp.org o llame al 1-800-321-7947 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Los montos que pagará serán menores si usa un proveedor que pertenezca a la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red y es posible que el proveedor le cobre la diferencia entre los costos del proveedor y el monto que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que los proveedores dentro de la red pueden recurrir a proveedores

		fuera de la red para la prestación de ciertos servicios (por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de la prestación de los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin necesitar una derivación .

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$25 por visita (<u>Copago</u> de \$0 por visita electrónica)	No cubierto	Las pruebas de diagnóstico COVID-19 <u>dentro</u> y <u>fuera de la red</u> y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de emergencia nacional debido al nuevo coronavirus.
	Visita al especialista	<u>Copago</u> de \$40 por visita	No cubierto	Las pruebas de diagnóstico COVID-19 <u>dentro</u> y <u>fuera de la red</u> y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de emergencia nacional debido al nuevo coronavirus.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> de 20%	No cubierto	Las pruebas de diagnóstico COVID-19 <u>dentro</u> y <u>fuera de la red</u> y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de emergencia nacional debido al nuevo coronavirus.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	<u>Copago</u> de \$100 más <u>coseguro</u> de 20%	No cubierto	Se puede requerir autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , puede aumentar su costo.

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta está disponible en ers.swhp.org/pharmacy-information	Medicamentos genéricos preferidos	<u>Copago</u> de \$10	No cubierto	Los copagos son por suministro de 30 días. Los medicamentos de mantenimiento están permitidos hasta un suministro de 90 días por 3 copagos si se obtienen a través de una Farmacia Baylor Scott & White o un proveedor minorista de pedidos por correo o por correo participante de 90 días. Pedido por correo: disponible para un suministro de 1 a 90 días. Los medicamentos que no son de mantenimiento obtenidos a través de pedidos por correo están limitados a un suministro máximo de 30 días. Algunos medicamentos especializados pueden requerir autorización previa . Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días solamente.
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> de \$35	No cubierto	
	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> de \$60	No cubierto	
	Medicamentos especializados	Cubiertos como medicamentos genéricos, medicamentos de marca preferidos o medicamentos de marca no preferidos como se enumeran anteriormente, si se compran a través de una farmacia. De lo contrario, cubierto como un beneficio médico.	No cubierto	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Copago</u> de \$100, más <u>coseguro</u> de 20%	No cubierto	Se puede requerir autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , puede aumentar su costo.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$150, más <u>coseguro</u> de 20%	<u>Copago</u> de \$150, más <u>coseguro</u> de 20%	Si es admitido, el copago se aplica al copago de hospitalización. Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de emergencia nacional debido al nuevo coronavirus.
	Transporte médico de emergencia	<u>Coseguro</u> de 20%	<u>Coseguro</u> de 20%	Ninguna
	Atención de urgencia	<u>Copago</u> de \$50, más <u>coseguro</u> de 20%	<u>Copago</u> de \$50, más <u>coseguro</u> de 20%	Las pruebas de diagnóstico COVID-19 dentro y fuera de la red y los servicios relacionados están cubiertos sin costo

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
				compartido a lo largo de la Declaración de emergencia nacional debido al nuevo coronavirus.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Copago</u> de \$150 por día, más <u>coseguro</u> de 20%	No cubierto	<u>Copago</u> de \$750 máximo por admisión. <u>Copago</u> máximo de \$2,250 por año del plan por persona. Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , puede aumentar su costo.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> de 20%	No cubierto	Las <u>pruebas de diagnóstico</u> COVID-19 <u>dentro y fuera de la red</u> y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de emergencia nacional debido al nuevo coronavirus.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$25 por visita	No cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , puede aumentar su costo.
	Servicios internos	<u>Copago</u> de \$150 por día, más <u>coseguro</u> de 20%	No cubierto	<u>Copago</u> de \$750 máximo por admisión. <u>Copago</u> máximo de \$2,250 por año del plan por persona. Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , puede aumentar su costo.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$40 por visita	No cubierto	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido). Las <u>pruebas de diagnóstico</u> COVID-19 <u>dentro y fuera de la red</u> y los servicios relacionados están cubiertos sin costo compartido a lo largo de la Declaración de emergencia nacional debido al nuevo coronavirus.

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de parto profesionales	<u>Copago</u> de \$25 por visita	No cubierto	<p><u>Copago</u> de \$750 máximo por admisión. <u>Copago</u> máximo de \$2,250 por año del plan por persona.</p> <p>El <u>plan</u> de salud debe ser notificado de la entrega. Si la duración de la estadía para un parto sin complicaciones excede las 48 horas para la vaginal, o 96 horas para la cesárea, se requiere <u>autorización previa</u>. Si no obtiene la <u>autorización previa</u>, puede aumentar su costo.</p>
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Copago</u> de \$150 por día, más <u>coseguro</u> de 20%	No cubierto	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> de 20%	No cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , puede aumentar su costo.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% sin visita al consultorio, \$40 más <u>coseguro</u> de 20% con visita al consultorio	No cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , puede aumentar su costo.
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> de 20%	No cubierto	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> de 20%	No cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , puede aumentar su costo.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> de 20%	No cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , puede aumentar su costo.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	<u>Coseguro</u> de 20%	No cubierto	Se puede requerir <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , puede aumentar su costo.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	<u>Copago</u> de \$40	No cubierto	Limitado a un examen de la vista por año del <u>plan</u> . Una evaluación de agudeza visual de <u>atención preventiva</u> cubierta sin copago en el proveedor de la red.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	No cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Inseminación artificial• Cirugía bariátrica• Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none">• Examen dental• Gafas y lentes de contacto• Tratamiento de la infertilidad• Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.• Artículos de confort personal• Atención de rutina de los pies• Programas para la pérdida de peso |
|--|--|---|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica (terapia manipuladora)• Las mamografías de diagnóstico dentro de la red están cubiertas al 100% a partir del 1 de septiembre de 2020 | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos (limitado a \$1,000 por oído por período de 36 meses) Los menores elegibles de 18 años y menores no están sujetos a un máximo de \$1,000 para audífonos | <ul style="list-style-type: none">• Servicio privado de enfermería |
|--|---|--|

Sus derechos a continuar con su cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Scott & White Care Plans, visite swhp.org o llame al 1-800-321-7947; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, visite dol.gov/ebsa/healthreform, o llame al 1-866-444-EBSA (3272); Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor, visite ccio.com.gov, o llame al 1-877-267-2323 ext. 61565; Departamento de Seguros de Texas, visite tdi.texas.gov o llame al 1-800-578-4677. Es posible que también tenga a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre [Marketplace](#), visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una queja por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Scott & White Care Plans, visite swhp.org o llame al 1-800-321-7947; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, visite dol.gov/ebsa/healthreform, o llame al 1-866-444-EBSA (3272); Departamento de Seguros de Texas, visite tdi.texas.gov o llame al 1-800-252-3439.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-321-7947.

—————Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal por parte de un proveedor dentro de la red y parto en un hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Ejemplos de costos de atención:

Consultas al especialista (atención prenatal)
Parto y servicios profesionales relacionados
Parto y servicios de los establecimientos relacionados
Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)
Consulta con un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$2,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$3,060

Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de una condición bien controlada por parte de un proveedor dentro

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Ejemplos de costos de atención:

Consultas al médico de atención primaria (incluida la educación sobre la enfermedad)
Exámenes de diagnóstico (análisis de angre)
Medicamentos recetados
Equipos médicos duraderos (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Joe es	\$1,460

Fractura simple de Mia

(consulta en la sala de emergencias de un proveedor dentro de la red y seguimiento

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Ejemplos de costos de atención:

Atención en la sala de emergencias (incluye suministros médicos)
Prueba de diagnóstico (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Parte de los costos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$700

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de estos EJEMPLO de servicios cubiertos.

Aviso de No Discriminación



ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Scott & White Care Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott & White Care Plans no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Scott & White Care Plans:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Scott & White Care Plans al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

Si cree que Scott & White Care Plans no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Scott & White Care Plans, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Language Assistance/ Asistencia de idiomas



English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Chinese:

注意: 如果使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-321-7947(TTY:711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-321-7947 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

هاتف الصم والبكم: 711. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-321-7947-1 (رقم

Urdu:

کریں۔ 1-800-321-7947 (TTY: 711) خیردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-321-7947 (TTY: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-321-7947 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-321-7947 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:

فراهم می باشد. یا 1-800-321-7947 (TTY: 711) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-321-7947 (телетайп: 711).

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。1-800-321-7947 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໄປດຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ກວ່າ ພາສາ ລາວ, ການບໍ່ ຈ່າ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດ ການພາສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັ້ນ ວິທ່າ, ແມ່ນ ມີ ພ້ອມ ໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1-800-321-7947 (TTY: 711).