

Solicitud de inscripción o cambio

Instrucciones:

- Todos los empleados que estén solicitando cobertura médica deben llenar las secciones **A, B** (si corresponde), **C** (si corresponde), **D, E, F, H, I**.
- Para solicitar cambios, llene las secciones **A, C** y todas las demás secciones correspondientes.
- Si desea declinar la cobertura, llene las secciones **A y D**.
- Para obtener ayuda en la lectura de este aviso, Blue Cross NC proporciona herramientas y servicios de asistencia para personas con discapacidad (incluyendo acceso a sitios de internet y la prestación de ayudas y servicios auxiliares sin costo alguno para la persona), de conformidad con el Acta de Americanos con Discapacidades y con la sección 504 del Acta de Rehabilitación (Americans with Disabilities Act and Section 504 of the Rehabilitation Act). Blue Cross NC también proporciona servicios de idiomas, sin costo para las personas, que incluye interpretación verbal y traducciones escritas. Para recibir estos servicios y más, llame al **877-258-3334**. Para TTY y TDD, llame al **800-442-7028**.

Esta sección es solo para el administrador del grupo
Group Number (if applicable):
Life Class Designation (if applicable):

Por favor, escriba en letra imprenta o de molde con tinta negra o azul, NO UTILICE TINTA ROJA.

A. Información del empleado

Primer nombre		Letra inicial del segundo nombre		Apellidos			Sufijo	
Fecha de nacimiento del empleado		Número de seguro social del empleado		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Estado civil		
Dirección		Apartado postal		No. Apto.	Ciudad		Estado	Código postal
Nombre de la empresa				Ocupación				
Ubicación del lugar de empleo		Fecha en que empezó a trabajar a tiempo completo		Preferencia de idioma				
Número de teléfono de la casa		Número de teléfono del trabajo		Dirección de correo electrónico				
Etnia: (Esta información es opcional y no se utilizará de manera discriminatoria. El responder o no a estas preguntas no afectará sus requisitos de cobertura). <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático o asiático-americano <input type="checkbox"/> Prefiere no informar <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____								
<input type="checkbox"/> EMPLEADO ACTIVO <input type="checkbox"/> COBRA o CONTINUACIÓN ESTATAL DE COBERTURA								
COBRA o evento aceptable para la continuación estatal: <input type="checkbox"/> Terminación del empleo <input type="checkbox"/> Reducción en horas de trabajo <input type="checkbox"/> Muerte del suscriptor <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Dependiente no cumple los requisitos por edad <input type="checkbox"/> Cumple con los requisitos para Medicare								
¿Cuál fue la fecha del evento aceptable?		Fecha en que empezó la continuación		Fecha en que termina la continuación				

B. Si la inscripción se debe a un evento aceptable

Usted puede solicitar cobertura para usted o para un dependiente fuera del período de inscripción abierta debido a un evento especial que ocurre durante los siguientes 30 días de la fecha del evento (a menos que la ley requiera que sean 60 días). Complete esta sección a menos que el Administrador de grupo indique lo contrario.

Agregar a un dependiente debido a:	<input type="checkbox"/> Matrimonio	Fecha del evento	<input type="checkbox"/> Adopción	Fecha del evento	<input type="checkbox"/> Orden de un tribunal	Fecha del evento
	<input type="checkbox"/> Nacimiento		<input type="checkbox"/> Custodia temporal		<input type="checkbox"/> Otro	

Inscribiendo o agregando a un dependiente debido a la pérdida de otra cobertura como resultado de:

<input type="checkbox"/> Finalización de la cobertura de COBRA	<input type="checkbox"/> Alcanzar o exceder el beneficio máximo de por vida de otro plan	<input type="checkbox"/> Terminación de otra cobertura	<input type="checkbox"/> Terminación de las contribuciones del empleador hacia la cobertura	<input type="checkbox"/> Cese de otra cobertura
<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Reducción de horas de trabajo	<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> El plan no está disponible más en su área de servicio	
<input type="checkbox"/> Pérdida de estatus como dependiente	<input type="checkbox"/> Terminación del empleo			

Si sucede algunos de los siguientes eventos, usted o su(s) dependiente(s) puede(n) hacer la solicitud durante los siguientes 60 días a partir de la fecha del evento. Indique el evento que le corresponde a usted o a su(s) dependiente(s).

<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)	¿Cuál fue la fecha del evento aceptable?
<input type="checkbox"/> Cumplir con los requisitos para recibir asistencia en el pago de las primas con relación a la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)	

Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ©,SM Marcas de Blue Cross and Blue Shield Association. SM1 Marca de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina.

Visítenos en BlueCrossNC.com/azul



C. Si está haciendo algún cambio a una inscripción anterior

<p>Marque todo lo que corresponda:</p> <input type="checkbox"/> Nombre (Se requiere documentación legal)	<p>Retirar dependiente(s):</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Divorcio</div> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><th colspan="3">Fecha del acontecimiento</th></tr> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Edad del dependiente</div> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Muerte</div> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> </table> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Otro _____</div> <div style="width: 30%;"> <table border="1" style="font-size: 8px;"> <tr><td>mm</td><td>dd</td><td>año</td></tr> </table> </div> </div>	Fecha del acontecimiento			mm	dd	año									
Fecha del acontecimiento																
mm	dd	año														
mm	dd	año														
mm	dd	año														
mm	dd	año														

D. Selección de beneficios y cobertura. Llenar para el seguro médico y dental de Blue Cross NC, si lo ofrece su empleador.

<p>PLAN MÉDICO:</p> <input type="checkbox"/> Blue Care® (HMO)	<input type="checkbox"/> Blue Value SM (POS)	<input type="checkbox"/> Blue Select Plus SM	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Sin cobertura médica
<input type="checkbox"/> Blue Options 1-2-3 SM	<input type="checkbox"/> Blue Value 1-2-3 SM (PPO)	<input type="checkbox"/> Blue Local SM with Atrium Health*	<input type="checkbox"/> Bajo	
<input type="checkbox"/> Blue Options HSA SM	<input type="checkbox"/> Blue Select SM (PPO)	<input type="checkbox"/> Classic Blue® (CMM)		
<input type="checkbox"/> Blue Options SM (PPO)				

* Comprendo que me estoy registrando en un plan con un proveedor local en una red limitada a Blue Local with Atrium Health. Certifico que entiendo que los proveedores en la red de este plan están ubicados en los siguientes condados aprobados: Anson, Cabarrus, Cleveland, Gaston, Lincoln, Mecklenburg, Rowan, Stanly y Union. Reconozco que no todos los proveedores bajo contrato con Blue Cross NC puedan estar en esta red del plan, y si acudo a una consulta con un proveedor que no está en la red de este plan, puede que solo reciba los beneficios del nivel de fuera de la red, excepto en los casos de servicios de emergencia, atención de urgencias o servicios de ambulancia. Puedo encontrar un proveedor en el internet haciendo uso de la herramienta de "find a doctor" (únicamente en inglés) para determinar si mi proveedor forma parte de la red de mi plan. Reconozco que tengo el derecho a declinar la cobertura que ofrece mi empleador y registrarme en una cobertura fuera de la que me ofrece mi empleador.

COBERTURA MÉDICA (según corresponda): Solo empleado Empleado y cónyuge o pareja en unión libre Empleado e hijo(s) Empleado y familia

Si su grupo ofrece múltiples planes, incluya el nombre del plan que seleccionó: _____

PLAN DENTAL: Dental Sin cobertura dental

Si su grupo ofrece múltiples planes, incluya el nombre del plan que seleccionó: _____

COBERTURA DENTAL (según corresponda): Solo empleado Empleado y cónyuge o pareja en unión libre Empleado e hijo(s) Empleado y familia

COBERTURA DE VISIÓN BLUE 20/20SM (según corresponda): Solo empleado Empleado y cónyuge o pareja en unión libre Empleado e hijo(s) Empleado y familia

DECLINAR LA COBERTURA:

Marque solo una opción: Rechazo la cobertura del empleado Rechazo la cobertura del dependiente o cónyuge

Declino el seguro por la siguiente razón (marque uno):

Otro plan de seguro que mi empleador ofrece

COBRA o continuación estatal

Un plan de seguro individual

Ni mis dependientes ni yo tenemos otro plan de seguro médico

Mi cónyuge tiene cobertura colectiva

Un plan de seguro del gobierno (tipo): _____

Otro (explique): _____

Nombres de los dependientes que rechazan la cobertura: _____

Comprendo que si opto por solicitar más tarde seguro para mí, mi cónyuge o mi pareja en unión libre o mis hijos dependientes a través de este plan de seguro médico que ofrece el empleador, es posible que tenga que esperar hasta el período de inscripción abierta del empleador.

Aviso importante sobre la inscripción especial: Si no quiere inscribirse, o inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) porque ya tiene otra cobertura de seguro médico (incluidos Medicaid y el seguro estatal para niños Children's Health Insurance Program, CHIP), u otro plan de seguro médico colectivo, tal vez sea posible que usted y sus dependientes se inscriban en este plan si usted o sus dependientes dejan de cumplir con los requisitos de esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para pagar su otra cobertura y la de sus dependientes). Sin embargo, tiene que pedir la inscripción dentro de 30 días después de que su cobertura médica o la de sus dependientes termine (aparte de Medicaid o CHIP), o si el empleador deja de pagar parte de las primas de la otra cobertura para usted y sus dependientes y dentro de 60 días después de dejar de cumplir con los requisitos de Medicaid o CHIP.

Nombre del empleado:

Si alguna persona cubierta por este seguro médico tiene cobertura de Medicare, por favor incluya la siguiente información:

Personas cubiertas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre <input type="checkbox"/> Hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 3 <input type="checkbox"/> Dependientes adicionales																			
Número de reclamación de Medicare:			Medicare C <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, nombre de la compañía: _____														
Razón por la que cumple con los requisitos de Medicare:		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		Primer día de diálisis		mm		dd		año		¿Dónde se lleva a cabo la diálisis?							
		<input type="checkbox"/> ¿Trasplante de riñón?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								<input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Un centro de diálisis							
		<input type="checkbox"/> Discapacidad ¿Está el afiliado trabajando en la actualidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
		<input type="checkbox"/> Edad																	
Fecha de entrada en vigencia de la Parte A:				mm		dd		año		Fecha de entrada en vigencia de la Parte B:				mm		dd		año	

G. Otra información del seguro dental

¿Han tenido usted o sus dependientes alguna cobertura de seguro dental en los últimos 12 meses (aparte de la cobertura de Blue Cross NC que está solicitando hoy)? Sí No

Consulte los avisos importantes respecto a la información de inscripción especial que se adjunta. Proporcione una lista de toda cobertura dental que el empleado o sus dependientes hayan tenido en los últimos 12 meses (incluida la de Blue Cross NC): (Para recibir un crédito en este plan colectivo de beneficios por la cobertura dental anterior, proporcione una lista de la cobertura dental que tuvieron en los últimos 12 meses). Blue Cross NC podría solicitarle un certificado de cobertura abonable para fines de verificación.

Compañía aseguradora				Número de póliza				Nombre del titular de la póliza																	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza		mm		dd		año		Fecha de entrada en vigencia		mm		dd		año		Fecha de terminación o fecha esperada de terminación		mm		dd		año		(Si la cobertura seguirá vigente, deje esta sección en blanco)	
Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva																									
Personas cubiertas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre <input type="checkbox"/> Hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 3 <input type="checkbox"/> Dependientes adicionales																									

Otro seguro dental que estará en vigencia cuando esta póliza comience:

Compañía aseguradora				Número de póliza				Nombre del titular de la póliza																	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza		mm		dd		año		Fecha de entrada en vigencia		mm		dd		año		Fecha de terminación o fecha esperada de terminación		mm		dd		año		(Si la cobertura seguirá vigente, deje esta sección en blanco)	
Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva																									
Personas cubiertas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre <input type="checkbox"/> Hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 3 <input type="checkbox"/> Dependientes adicionales																									

Otro seguro dental que estará en vigencia cuando esta póliza comience:

Compañía aseguradora				Número de póliza				Nombre del titular de la póliza																	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza		mm		dd		año		Fecha de entrada en vigencia		mm		dd		año		Fecha de terminación o fecha esperada de terminación		mm		dd		año		(Si la cobertura seguirá vigente, deje esta sección en blanco)	
Tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva																									
Personas cubiertas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre <input type="checkbox"/> Hijo(a) 1 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 2 <input type="checkbox"/> Hijo(a) 3 <input type="checkbox"/> Dependientes adicionales																									

I. Declaración de autorización para divulgar la información de salud protegida. Se requiere su firma.

Comprendo que si me niego a firmar esta autorización, Blue Cross NC puede denegar mi inscripción o determinar que no cumpla con los requisitos para obtener los beneficios en Blue Cross NC.

Comprendo que mi información de salud protegida es una información de salud individual que me identifica, e incluye información demográfica que yo suministré o que fue creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de seguro médico o una empresa intermediaria de facturación de servicios médicos; y esto se relaciona con:

- (i) mi salud o condición física o mental pasadas, presentes y futuras;
- (ii) la atención médica que he recibido o recibiré; o
- (iii) los pagos que he efectuado o efectuaré debido a la prestación de atención médica.

Autorizo a todo profesional médico, institución de atención médica, administrador del beneficio de farmacia u otro prestador de servicios médicos que me haya atendido o proporcionado algún servicio o suministro médico, ya sea actualmente o en el pasado, para que revele mi información de salud protegida a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina («Blue Cross NC»).

Además autorizo a Blue Cross NC a revisar toda solicitud de seguro médico que yo haya enviado a esas compañías en el pasado.

Autorizo a Blue Cross NC a recibir, usar y revelar, cuando sea necesario, mi información de salud protegida que se relacione con cualquier seguro o propósitos de determinación de idoneidad con respecto a la cobertura que he solicitado.

La información de salud protegida (que no incluye las notas de psicoterapia) que puede ser usada o revelada es la siguiente:

Historias clínicas o cualquier información presente o pasada concerniente a mi estado de salud o algún tratamiento que haya recibido de mi proveedor de atención médica o solicitudes previas que haya hecho de seguro médico.

Comprendo que Blue Cross NC utilizará mi información de salud protegida para los siguientes propósitos:

Para determinar si reúno los requisitos de inscripción y el valor de la prima que debo pagar.

Comprendo que Blue Cross NC hará todo lo posible para salvaguardar mi información de salud protegida. También comprendo que Blue Cross NC no revelará mi información de salud protegida a menos que yo lo solicite o cuando las leyes de privacidad estatales o federales lo permitan o requieran que Blue Cross NC la revele. Comprendo que Blue Cross NC puede revelar mi información de salud protegida a personas u organizaciones que no sean proveedores de atención médica, empresas intermediarias de facturación de servicios médicos o planes médicos cubiertos por las regulaciones federales de privacidad.

Comprendo que si alguna persona u organización que no sea un proveedor de atención médica, una empresa intermediaria de facturación de servicios médicos o un plan médico cubierto por las regulaciones federales de privacidad recibe mi información de salud protegida descrita anteriormente, esta podría ser revelada nuevamente y dejará de estar protegida en virtud de las regulaciones federales de privacidad.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a:

**Commercial Operations/IDC
Blue Cross and Blue Shield of North Carolina
P.O. Box 2291
Durham, NC 27702-2291**

y esta revocación estará vigente para futuros usos y revelaciones de mi información de salud protegida. Sin embargo, yo entiendo también que esta revocación no se efectuará si:

- (i) Blue Cross NC ya ha usado o revelado información con base en esta autorización o
- (ii) si se obtuvo la autorización como condición para la cobertura médica en Blue Cross NC y, por ley, Blue Cross NC tiene el derecho de denegar o cuestionar la cobertura de salud.

Esta autorización tiene una vigencia de 120 días desde la fecha en que la firma la persona correspondiente mencionada abajo.

Firma del solicitante principal o representante legal: _____ Fecha

mm	dd	año
----	----	-----

Nombre del representante legal y parentesco con el solicitante principal (en letra imprenta o de molde): _____ Fecha

mm	dd	año
----	----	-----

Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESIBILIDAD

La discriminación es contra la ley

- Blue Cross and Blue Shield of Carolina (“Blue Cross NC”) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. Por ello no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
- Blue Cross NC no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross NC:

- Brinda asistencia gratuita a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, a través de:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-888-206-4697**; TTY y TDD, llame al **1-800-442-7028**.
- Si considera que Blue Cross NC no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a:
 - Blue Cross NC, PO Box 2291, Durham, NC 27702, Attention: Civil Rights Coordinator – Privacy, Ethics & Corporate Policy Office, teléfono **919-765-1663**, Fax **919-287-5613**, TTY **1-888-291-1783** civilrightscordinator@bcbsnc.com
- Puede presentar una queja en persona o por correo regular, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, la Coordinación de derechos civiles de la Oficina de políticas de políticas de privacidad, éticas y corporativas puede ayudarle.
- También puede presentar una queja de los derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU, Oficina para los Derechos Civiles, por correo electrónico a través del portal de quejas de la Oficina para las Derechos Civiles, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo regular o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, teléfonos: **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD). Puede obtener los formularios para quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Este aviso o anexos pueden tener información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Blue Cross NC. Revise las fechas claves. Puede que necesite actuar dentro de ciertos plazos establecidos para mantener su cobertura médica o para ayudarle con los costos. Usted tiene el derecho a obtener esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame a Servicio al Cliente al **1-888-206-4697**.



ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

注意: 如果您講廣東話或普通話，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-206-4697 (TTY : 1-800-442-7028)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028)번으로 전화해 주십시오.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-206-4697 (ATS : 1-800-442-7028).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-206-4697. رقم هاتف الصم والبكم 1-800-442-7028.

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-206-4697 (телетайп: 1-800-442-7028).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:સુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

ចំណាំ: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយជាភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនសម្រាប់លោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។ សូមទំនាក់ទំនងតាមរយៈលេខ: 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028)។

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028) पर कॉल करें।

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

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。1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028) まで、お電話にてご連絡ください。