Florida Blue **STATE OF FL Employees' HDHP PPO**

**Cobertura para: Individuo y/o Familia | Tipo de Plan: HDHP PPO**

**El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudara a elegir un plan médico. El SBC le muestra como usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. AVISO: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionara aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita https://www.floridablue.com/es/state-employees. Para un definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.floridablue.com/es/ o llamar a 1-800-825-2583 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué es Importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | Dentro de la Red: **$1,750** Por Persona/ **$3,500** Familia. Fuera de la Red: **$2,500** Por Persona /**$5,000** Familia. | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. . Si tiene otros miembros de la familia en el plan cada miembro debe cumplir su propio deducible hasta que el total de los gastos deducible pagados por todos los miembros cumpla con el deducible familiar. |
| **¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?** | Sí. Cuidado preventiva. | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con el monto del deducible. Sin embargo, puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos cuidado preventivos sin costo compartido y antes de cumplir con su deducible. Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?** | Sí. **$1,000** Fuera de la Red por Deducible de Admisión. No hay otros Deducibles específicos. | Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto deducible específico del antes de que este plan comience a pagar por estos servicios. |
| **¿Cuál es límite de gastos directos del bolsillo de este plan?** | Sí. Dentro de la Red: **$4,700** por Persona/ **$9,400** Familia. | El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos dentro de la red. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tiene que cumplir con sus propios límite de gastos directos del bolsillo personal hasta que se cumpla el límite de gastos directos del bolsillo familiar. |
| **¿Qué no incluye el límite de gastos directos del bolsillo?** | Primas, cargos por facturación del saldo y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo. |
| **¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?** | Sí. Para ver una lista de los proveedores participantes, visite https://providersearch.floridablue.com/providersearch/pub/index.htm o llame al 1-800- 825-2583. | Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagar menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener |
| **¿Necesito un referido para ver a un especialista?** | No. | Puede consultar al especialista que elija sin una referido de este plan. |

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de su **deducible**, si se aplica un **deducible**

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de 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 | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| | Visita al especialista | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la | ————ninguna———— |
| | Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna | Sin Cargo | Cantidad por encima de la permitida | Basado en edad y genero |
| | Telesalud (visitas virtuales) | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | Limitado a los beneficios de atención primaria, proporcionados a través de un dispositivo interactivo bidireccional con comunicación de audio y visual. |
| | Teladoc® | Deducible | Sin Cobertura | ————ninguna———— |
| **Si se realiza un examen** | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| | Imagenología (CT / PET scan, MRI) | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.** Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en http://www.optumrx.com/sofdms | Medicamentos genéricos | Deducible + 30% venta al por menor y correo | Usted paga en su totalidad y presenta una reclamación, **no** se le reembolsará el monto total. | Se le requiere que use una orden por correo o una farmacia minorista de 90 días para medicamentos de mantenimiento después de tres recargas de un suministro de 30 días en una farmacia minorista (30 días). Se requiere autorización previa para que algunos medicamentos estén cubiertos por el Plan Rx. |
| | Medicamentos de marcas preferidas | Deducible + 30% venta al por menor y correo | | |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | Deducible + 50% venta al por menor y correo | | |
| | Medicamentos especializados | Deducible + 30% de Deducible Genérico y Preferido + 50% Sin Preferencia | | Debe obtener a través de la farmacias especiales |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si se somete a una operación ambulatoria** | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | No cubre cirugía cosmética o no médicamente necesaria o complicaciones de tales cirugías. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencias | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 20% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| | Transporte médico de emergencia | Deducible | Deducible | Debe ser médicamente necesario. |
| | Atención de urgencia | 20% Coseguro | Deducible + 20% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| **Si le hospitalizan** | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | Deducible + 20% Coseguro | Deducible +$1,000 Deducible por Admisión + 40% Coseguro +Cantidad por encima de la | Se requiere la certificación de admisión y la certificación de estancia en el hospital. |
| | Honorarios del médico/cirujano | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías** | Sevicios ambulatorios | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| | Servicios internos | Servicios Médicos: Deducible + 20% Coseguro / Hospital: Deducible + 20% Coseguro | Servicios Médicos: Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida / Hospital: Deducible +$1,000 Deducible por Admisión + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la | Se requiere la certificación de admisión y la certificación de estancia en el hospital. |
| **Si está embarazada** | Visitas de oficinas | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | Los servicios por maternidad pueden incluir pruebas y servicios descritos en el SBC (ej., ultrasonido.) |
| | Servicios de parto profesionales | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | Deducible + 20% Coseguro | Deducible +$1,000 Deducible por Admisión + 40% Coseguro +Cantidad por encima de la permitida | Se requiere la certificación de admisión y la certificación de estancia en el hospital. |
| **Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales** | Cuidado de la salud en el hogar | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | Debe cumplir con los criterios. No incluye terapia del habla ni atención custodial La terapia ocupacional está cubierta. |
| | Servicios de rehabilitación | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | Terapia física y terapia de masajes, 4 tratamientos por día, 21 días de tratamiento por período de seis meses. Terapia ocupacional limitada a 21 días de tratamiento por período de seis meses. |
| | Servicios de habilitación | Sin Cobertura | Sin Cobertura | ————ninguna———— |
| | Cuidado de enfermería especializada | Deducible + 30% Coseguro | Deducible + 30% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | Limitado a 60 días por año calendario. No incluye cuidado de custodia. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| | Equipo médico duradero | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | Limitado al modelo más estándar disponible para satisfacer necesidades médicas. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | Deducible + 30% Coseguro (hospitalizado / Deducible + 20% Coseguro (ambulatorio/ hogar) | Deducible + 30% Coseguro + (hospitalizado) + cantidad por encima de la permitida + Deducible + 20% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida (ambulatorio/ hogar) | Se cubre la cobertura limitada a 210 días de vida máxima por persona / terapia ocupacional. |
| **Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista** | Examen de la vista pediátrico | Deducible + 20% Coseguro | Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| | Anteojos para niños | Sin Cobertura | Sin Cobertura | ————ninguna———— |
| | Chequeo dental pediátrico | Sin Cobertura | Sin Cobertura | ————ninguna———— |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

**Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)**

- Cirugía cosmética
- Complicaciones resultantes de la cirugía estética
- Cuidado de custodia
- Servicios dentales (adultos)
- Servicios de habilitación
- Audifonos
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Cirugía no médicamente necesaria
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan para otros servicios cubiertos y sus costos por estos servicios)**

- Acunpuntura
- Cirugia Bariatrica
- Cuidado Quiropractico
- Cuidado no urgente cuando viaja fuera de los EE.UU
- Preservación de la fertilidad
- Enfermeria de servicios privados
- Cuidado ocular de rutina (adulto)
- Cuidado rutinatio de los pies.

**Sus derechos a continuar con su cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura una vez que finalice. La información de contacto de esas agencias es: People First Service Center al 1-866-663-4735, el departamento de seguros de su estado al 1-877-693-5236, el Departamento de Trabajo de EE. UU., la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles para usted también, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por una 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 sobre cómo presentar un reclamo, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: el departamento de seguros de su estado al 1-877-693-5236, la División de Seguros Grupales del Estado al 1-850-921-4600; Florida Blue al 1-800-825-2583

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?** La cobertura mínima esencial generalmente incluye plans, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura mínima esencial, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para la prima.

**¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo? Sí.**
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal para la prima que lo ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

**Servicios lingüísticos:**
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-352-2583.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-352-2583.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， **请拨打这个号码**1-800-352-2583.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-352-2583.

***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:

**Esto 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 según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y servicios excluidos según el plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

### Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$1,750**
- **Especialista *coseguro*** **20%**
- **Hospital *coseguro*** **20%**
- **Otro *coseguro*** **20%**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$12,700** |
| **En este ejemplo, Peg pagaría:** | |
| *Costo compartido* | |
| Deducibles* | $1,750 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $2,100 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$3,910** |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- **El deducible general del plan** **$1,750**
- **Especialista *coseguro*** **20%**
- **Hospital *coseguro*** **20%**
- **Otro *coseguro*** **20%**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$5,600** |
| **En este ejemplo, Joe pagaría:** | |
| *Costo compartido* | |
| Deducibles* | $1,750 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $1,100 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$2,770** |

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

- **El deducible general del plan** **$1,750**
- **Especialista *coseguro*** **20%**
- **Hospital *coseguro*** **20%**
- **Otro *coseguro*** **20%**

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$2,800** |
| **En este ejemplo, Mia pagaría:** | |
| *Costo compartido* | |
| Deducibles* | $1,750 |
| Copagos | $0 |
| Coseguro | $300 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$1,950** |

* Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay algún otros deducibles para servicios específicos?" En la página 1.

## Notificación de la sección 1557: La discriminación es en contra de la ley.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (colectivamente "Florida Blue"), Florida Combined Life y el Blue Cross and Blue Shield Federal Employee Program® (FEP) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO, Florida Combined Life y FEP:

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

Si necesita recibir estos servicios, llame a:

- Florida Blue (cobertura para la salud y la visión): 1-800-352-2583
- Florida Combined Life (cobertura dental, de vida y discapacidad): 1-888-223-4892
- Federal Employee Program (FEP): 1-800-333-2227

Si cree que no hemos brindado estos servicios o si hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

**Florida Blue (including FEP members)**
Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC1-7
Jacksonville, Florida 32246
1-800-477-3736 x29070
1-800-955-8770 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
Section1557coordinator@floridablue.com

**Florida Combined Life:**
Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-800-955-8770 (TTY)
civilrightscoordinator@fclife.com

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarle. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por correo postal o por teléfono:

**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 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resevwa yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Gọi số 1-800-333-2227

ATENÇÃO: Se você fala português, utilize os serviços linguísticos gratuitos disponíveis. Ligue para 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Ligue para 1-800-333-2227

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1-800-352-2583 （TTY: 1-800-955-8770)。FEP：請致電1-800-333-2227

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583 (ATS : 1-800-955-8770). FEP : Appelez le 1-800-333-2227

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Tumawag sa 1-800-333-2227

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-352-2583 (телетайп: 1-800-955-8770). FEP: Звоните 1-800-333-2227

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-253-3852 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-559-0778. اتصل برقم 1-800-333-7222.

ATTENZIONE: Qualora fosse l'italiano la lingua parlata, sono disponibili dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: chiamare il numero 1-800-333-2227

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: +1-800-352-2583 (TTY: +1-800-955-8770). FEP: Rufnummer +1-800-333-2227

주의: 한국어 사용을 원하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) 로 전화하십시오. FEP: 1-800-333-2227 로 연락하십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Zadzwoń pod numer 1-800-333-2227.

**સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.**
**ફોન કરો** 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: **ફોન કરો** 1-800-333-2227

ประกาศ:ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรฟรี **1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)** หรือ **FEP** โทร **1-800-333-2227**

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。1-800-352-2583（TTY: 1-800-955-8770）まで、お電話にてご連絡ください。FEP: 1-800-333-2227

**توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی رایگان در دسترس شما خواهد بود.
با شماره 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) تماس بگیرید. FEP: با شماره 1-800-333-2227 تماس بگیرید.

Baa ákonínzin: Diné bizaad bee yáníłti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíík'eh, ná hóló. Kojį' hodíílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí éí kojį' hodíílnih 1-800-333-2227.