



Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Cobertura para: Individuo y/o Familia

 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 <u>deducible</u> general? | <u>Dentro de la Red</u> : \$250 Por Persona/ \$500 Familia. <u>Fuera de la Red</u> : \$750 Por Persona /\$1,500 Familia. No se aplica a la <u>atención preventiva</u> | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. . Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> cada miembro debe cumplir su propio <u>deducible</u> hasta que el total de los gastos <u>deducible</u> pagados por todos los miembros cumpla con el <u>deducible</u> familiar. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ? | Sí. Visitas al consultorio <u>Dentro de la Red</u> y servicios <u>de atención preventiva</u> . | Usted paga un <u>copago</u> , fijo por visita para las visitas al consultorio del medico <u>de la red</u> , mientras que el <u>coseguro</u> , se aplica para la mayoría de las visitas al consultorio de medicos u otros <u>proveedores</u> de atención medica <u>fuera de la red</u> . Consulte una lista de <u>los servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos? | Sí. \$250 <u>dentro de la Red</u> por <u>Deducible</u> de Admisión. \$500 <u>fuera de la red</u> . No hay otros <u>Deducibles</u> específicos. | Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto <u>deducible</u> específico del antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios. |
| ¿Cuál es <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> de este <u>plan</u> ? | Sí. <u>Dentro de la Red</u> : \$9,100 por Persona/ \$18,200 Familia. | El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos <u>dentro de la red</u> . Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tiene que cumplir con sus propios <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> personal hasta que se cumpla el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> familiar. |
| ¿Qué no incluye el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> ? | <u>Primas</u> , cargos por <u>facturación del saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red medica</u> ? | Sí. Para ver una lista de los <u>proveedores participantes</u> , visite https://providersearch.floridablue.com/providersearch/pub/index.htm o llame al 1-800- 825-2583. | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagar menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios. |
| ¿Necesito un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ? | No. | Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin una <u>referido</u> de este <u>plan</u> . |

 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 | \$15 de Copago por Visita | 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| | Visita al especialista | \$25 de Copago por Visita | 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida | ————ninguna———— |
| | Atención preventiva/examen colectivo/vacuna | Sin Cargo | Cantidad por encima de la permitida | Basado en edad y genero |
| | Telesalud (visitas virtuales) | \$15 de Copago por Visita Atención primaria / \$25 de Copago por visita al especialista | 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® | \$0 de Copago por Visita | 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 www.caremark.com/sofrxplan | Medicamentos genéricos | \$7 al por menor-30 día / \$14 correo / al por menor-90 días | Usted paga en su totalidad y presentara 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 | \$30 al por menor-30 día / \$60 correo / al por menor-90 días | | |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | \$50 al por menor-30 día / \$100 correo / al por menor90 días | | |
| | Medicamentos especializados | \$14 Genérico \$ 60 preferidos \$ 100 no preferidos | | |
| | | | | 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 medicamente 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 | \$100 de Copago por Visita | \$100 de Copago por Visita | ————ninguna———— |
| | Transporte médico de emergencia | Sin Cargo | Sin Cargo | Debe ser medicamente necesaria . |
| | Atención de urgencia | \$25 de Copago por Visita | \$25 de Copago por Visita | ————ninguna———— |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 20% Coseguro + \$250 Deducible por Admisión | 40% Coseguro + \$500 Deducible por Admisión + Cantidad por encima de la permitida | 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: \$250 Deducible Admisión + 20% Coseguro | Servicios Médicos: Deducible + 40% Coseguro + Cantidad por encima de la permitida / Hospital: \$500 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 está embarazada | Visitas de oficinas | \$25 de Copago por Visita | 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 | Hospital: \$250 Deducible por Admisión + 20% Coseguro | Hospital: \$500 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 | 30% Coseguro | 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 | 30% Coseguro (hospitalizado / 20% Coseguro (ambulatorio/ hogar) | 30% Coseguro + (hospitalizado) + cantidad por encima de la permitida / 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 | \$25 de Copago | 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](#).)

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Complicaciones resultantes de la cirugía estética • Cuidado de custodia | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales (adultos) • Servicios de rehabilitación • Audifonos | <ul style="list-style-type: none"> • 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)

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía Bariátrica • Cuidado Quiropráctico | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado no <u>urgente</u> cuando viaja fuera de los EE.UU • Terapia Ocupacional. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería de servicios privados • Cuidado ocular de rutina (adulto) • Cuidado rutinario de los pies. |
|---|---|---|

Sus derechos a continuar con su cobertura: Si pierde la cobertura bajo el [plan](#), entonces, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que le permitan mantener la cobertura de salud. Dichos derechos pueden ser limitados en duración y requerirán que usted pague una [prima](#), la cual puede ser significativamente más alta que la [prima](#) que paga mientras está cubierta bajo el [plan](#). También pueden aplicarse otras limitaciones a sus derechos de continuar con la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con el Centro de Servicio People First al 1-866-663-4735. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado al 1-877-693-5236, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa o al Departamento de Salud de los Estados Unidos Y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Si tiene una [queja](#) o está insatisfecho con una denegación de cobertura para [reclamación](#) bajo su [plan](#), puede ser capaz de [apelar](#) o presentar una [queja](#). Para preguntas sobre sus derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con: La División de Seguros del Grupo Estatal al 1-850-921-4600; Florida Blue al 1-800-825-2583; O El Departamento [de Salud y Servicios](#) Humanos del Seguro de Salud del Equipo de Asistencia (HIAT) al 1-888-393-2789.

¿Este [plan](#) proporciona [cobertura esencial mínima](#)? La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que califica como "[cobertura esencial mínima](#)". **Este [plan](#) o [póliza proporciona \[cobertura mínima y esencial\]\(#\)](#).**

¿Este [plan](#) cumple con los [estándares de valor mínimo](#)? La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un [estándar de valor mínimo](#) de beneficios de un [plan](#) de salud. El [estándar de valor mínimo](#) es 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el [estándar de valor mínimo](#) para los beneficios que proporciona**

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, kwijigo 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)

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

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$250
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$250
- [Especialista coseguro](#) 20%
- Hospital [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$250
- [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*)

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*)

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 | \$12,700 | Costo total hipotético | \$5,600 | Costo total hipotético | \$2,800 |
|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles * | \$500 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$2,400 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$2,970 |

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$250 |
| Copagos | \$700 |
| Coseguro | \$100 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,070 |

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$250 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguro | \$200 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$650 |

* 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 1-800-352-2583 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-955-8770). اتصل برقم 1-800-333-2227.

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](tel:1-800-352-2583) (TTY: [1-800-955-8770](tel:1-800-955-8770)). FEP: ફોન કરો [1-800-333-2227](tel:1-800-333-2227)

ประกาศ:ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ **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. Kojí' hodíłnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí éí kojí' hodíłnih 1-800-333-2227.