

2025 | Solicitud para el plan de salud individual: Área de servicio de Affinity

para personas y familias de todos los condados de Oregón.

Su solicitud se puede revisar más rápidamente si la presenta en línea. Para la mayoría de las inscripciones, debemos recibir su solicitud completa a más tardar el día 15 del mes anterior a la fecha en la que quiere que comience la cobertura.

Lo que necesita para completar este formulario de inscripción:

- > **Para una inscripción especial:** una copia de la documentación necesaria para demostrar que es elegible (*consulte la sección 1*).
- > Una copia de cualquier documentación necesaria para demostrar la tutela legal, si corresponde.
- > El nombre del proveedor de atención primaria (PCP) de cada uno de los miembros de la familia que se inscriban.
- > La información de su agente de seguro médico (*si un agente lo ayudó*).
- > El pago de su prima del primer mes (*necesario antes de la fecha de entrada en vigor de su póliza*).

Usted puede inscribirse si:

Planes médicos

- > Vive actualmente en el área de servicio y tiene domicilio de residencia fijo y permanente allí.
- > Reside en el área de servicio durante un mínimo de seis meses al año.
- > En el caso de hijos: son estudiantes que viven fuera del área de servicio o hay vigente para ellos una orden médica calificada de manutención de los hijos (QMCSO).
- > Usted y sus dependientes no están inscritos en Medicare ni viven en el área de servicio para tener cobertura de salud o por otro motivo temporal, como recibir tratamiento. Vivir en un centro de atención residencial para recibir tratamiento no cumple con la condición de residencia.

Planes dentales

- > Tiene una dirección residencial permanente en Oregón y vive allí al menos seis meses al año.
- > Tuvo una cobertura dental individual de Delta Dental que finalizó durante los últimos 12 meses, experimentó un evento que justifica la inscripción especial o tiene una cobertura dental de grupo continua desde que dejó Delta Dental.

Confirmando que cumplo con estas condiciones.

Sección 1 ▶ ¿Por qué quiero inscribirme?

- Póliza o suscriptor nuevos
- Cambio de cobertura actual

Nombre del suscriptor actual

N.º de identificación del suscriptor actual

- Incorporación de dependiente a un plan existente
- Cambio de plan únicamente

Si no se inscribe durante la inscripción abierta, debe haber ocurrido un evento que justifique una inscripción especial para realizar cambios o inscribirse en una nueva póliza de cobertura médica.

Fecha del evento que justifica la inscripción especial
____/____/_____.

No más de 60 días después de la fecha del evento que justifica una inscripción especial, debemos recibir:

- > su solicitud;
- > prueba de la circunstancia de vida por la que reúne los requisitos para inscribirse.

Marque en el cuadro a continuación el evento y el documento que presenta como prueba (no corresponde a la cobertura dental).

Eventos	Prueba solicitada
<input type="checkbox"/> Se convierte en dependiente o agrega un dependiente debido a una de estas opciones: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Matrimonio o unión de hecho con una pareja doméstica registrada <input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción o colocación en adopción <input type="checkbox"/> Colocación de un hijo de crianza 	<input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o documentación que certifique la unión de hecho Y prueba de cobertura previa para al menos 1 de los cónyuges o integrantes de la pareja <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o papeles de adopción <input type="checkbox"/> Orden judicial de manutención infantil o de otro tipo
<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura por cumplir 26 años	<input type="checkbox"/> Carta del empleador u otra compañía de seguros que confirme la pérdida de cobertura debido a la edad
<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura por disolución del matrimonio o de la unión de pareja	<input type="checkbox"/> Papeles de divorcio u otra documentación gubernamental que demuestre el fin del matrimonio o de la pareja
<input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad para una cobertura de grupo	<input type="checkbox"/> Aviso de cancelación de cobertura Y carta del empleador que confirma la pérdida de elegibilidad para la cobertura. Debe incluir fechas de inicio y finalización de la cobertura.
<input type="checkbox"/> Finalización de la cobertura conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) debido al término de la cobertura, de las contribuciones del empleador o de un subsidio gubernamental	<input type="checkbox"/> Aviso de cancelación de cobertura. Debe incluir fechas de inicio y finalización de la cobertura.
<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura del Plan de Salud de Oregón (OHP)	<input type="checkbox"/> Aviso del programa estatal sobre la pérdida de cobertura
<input type="checkbox"/> Otro _____	Contáctenos

Las cartas deben tener el papel con membrete oficial.

Puede encontrar una lista más detallada de las pruebas solicitadas en modahealth.com/shop/special-enrollment.

Sección 2 ▶ Elección de un plan

IMPORTANTE: No hay cobertura fuera de la red. Para que estos planes médicos o el plan dental EPO cubran los servicios, debe consultar a los proveedores dentro de la red.

Quiero que mi cobertura comience el: ____/____/____.

Elijo este plan médico o dental:

Planes médicos

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Standard Gold (Affinity) | <input type="checkbox"/> Silver 2900 Direct ¹ | <input type="checkbox"/> Silver 4500 |
| <input type="checkbox"/> Standard Silver (Affinity) | <input type="checkbox"/> Silver 3000 ¹ | <input type="checkbox"/> Silver 6000 |
| <input type="checkbox"/> Standard Bronze (Affinity) | <input type="checkbox"/> Silver 3650 Direct | <input type="checkbox"/> Bronze 7750 |
| <input type="checkbox"/> Gold 250 ¹ | <input type="checkbox"/> Silver 3400 | <input type="checkbox"/> Bronze 9000 |
| <input type="checkbox"/> Gold 1000 ¹ | <input type="checkbox"/> Silver 3500 Direct | <input type="checkbox"/> Bronze HDHP 7500 |
| <input type="checkbox"/> Gold 1500 | <input type="checkbox"/> Silver 4400 Direct | <input type="checkbox"/> Ninguna cobertura médica |

¹ Incluye cobertura dental pediátrica que cumple con los requisitos de la Ley de Cuidados Asequibles.

Planes dentales

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Delta Dental PPO | <input type="checkbox"/> Delta Dental PPO MAC | <input type="checkbox"/> Delta Dental PPO |
| <input type="checkbox"/> Delta Dental EPO | <input type="checkbox"/> Delta Dental Premier 1000 ² | <input type="checkbox"/> Bright Smiles |
| | <input type="checkbox"/> Willamette EPO ² | <input type="checkbox"/> Sin cobertura dental |

² Plan no certificado. No cumple con el requisito de cobertura dental pediátrica según la Ley de Cuidados Asequibles. Si cambia de un plan individual de Delta Dental a otro debido a un evento que justifica una inscripción especial, cualquier monto aplicado al límite de pago máximo anual del plan se transferirá al nuevo plan.

Inscripción

Indique todos los miembros de la familia para los que desea cobertura (secciones 3 a 5).

Puede inscribir solo a su cónyuge legal, pareja doméstica y los hijos menores de 26 años.

Los hijos que son estudiantes a tiempo completo en escuelas lejos de casa o para quienes hay vigente una QMCSO pueden estar cubiertos fuera del área de servicio. Adjunte la QMCSO o documentación de la inscripción de su hijo en una escuela fuera del área.

Debe asignar un PCP dentro de la red para cada solicitante. Visite modahealth.com y haga clic en "Find Care" (Buscar atención) para ver si su PCP forma parte de la red. Podemos asignarle uno si no lo elige usted. Puede cambiar a otro PCP de Affinity en cualquier momento.

Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Solicitamos información sobre identidad de género y raza o etnia para poder referirnos a usted y comunicarnos con usted de manera adecuada y respetuosa. Esta información es opcional.

Utilice estos códigos para completar la información de cada miembro:

* Identidad de género

- M:** masculino
- F:** femenino
- T:** transgénero
- C:** cisgénero
- GN:** género no conforme
- NB:** no binario
- TG:** tercer género
- Q:** en cuestionamiento
- O:** otra
- P:** prefiere no responder

** Raza o etnia

- AI:** indígena americano o nativo de Alaska
- A:** asiático
- B:** afroamericano o negro
- C:** caucásico
- H:** hispano o latino
- PI:** nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
- O:** otra _____

De ser necesario, adjunte páginas adicionales para incluir a más de tres hijos. He adjuntado ____ páginas.

Sección 3 ▶ Información del suscriptor

En esta sección, se debe incluir la información del suscriptor.

¿Esta solicitud es para una póliza exclusiva para hijos? No Sí

Si la respuesta es "Sí", designe al hijo más pequeño como suscriptor. Los hijos de 26 años o más deben tener su propia póliza.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social	
Dirección particular			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		
Dirección de correo postal (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código postal	Consumidor de tabaco ¹ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Nombre del PCP dentro de la red			
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

¹ Usted se considera consumidor de tabaco cuando ha consumido tabaco legalmente en cualquier forma (que no sea religiosa o ceremonial) cuatro o más veces por semana, en promedio, durante los últimos seis meses.

Sección 4 ▶ Información de dependientes: Cónyuge o pareja doméstica registrada

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social	
Nombre del PCP dentro de la red		Consumidor de tabaco ¹ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Sección 5 > Información de dependientes: Hijos elegibles

Nombre (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)			
Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)		Número del Seguro Social	
Nombre del PCP dentro de la red		Consumidor de tabaco ¹ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Nombre (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)			
Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)		Número del Seguro Social	
Nombre del PCP dentro de la red		Consumidor de tabaco ¹ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Nombre (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)			
Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)		Número del Seguro Social	
Nombre del PCP dentro de la red		Consumidor de tabaco ¹ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Nombre (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)			
Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)		Número del Seguro Social	
Nombre del PCP dentro de la red		Consumidor de tabaco ¹ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Sección 6 > Otro seguro

¿Contará con otro seguro médico o dental?

Sí, médico Sí, dental Sí, médico y dental No, ninguno

Sección 7 > Crédito para el período de exclusión de beneficios (para coberturas dentales nuevas)

Para solicitantes a partir de los 19 años de edad:

¿Ha tenido cobertura dental en los últimos 12 meses, con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha de entrada en vigor de esta nueva póliza?

No Sí Si Delta Dental Plan of Oregon ofreció dicha cobertura, se lo eximirá automáticamente del período de exclusión de su cobertura dental. Si otra compañía de seguros brindó la cobertura, podemos acreditar su cobertura anterior para el período de exclusión de beneficios. Adjunte una carta de su anterior compañía de seguros o empleador en la que se indiquen las fechas de inicio y finalización de su cobertura dental anterior.

Sección 8 > Facturación y método de pago

Si elige la transferencia electrónica de fondos (EFT) o eBill, la factura de la prima será electrónica y estará disponible en la sección eBill del Panel para miembros. De lo contrario, recibirá facturas en papel por correo postal. Puede cambiar sus preferencias de facturación en la sección eBill del Panel para miembros.

Elija su opción de pago:

- Pago automático mediante eBill en el Panel para miembros.
- EFT (consulte el acuerdo de autorización a continuación).
- Cheque personal, giro bancario o cheque de caja.

Para autorizar las deducciones automáticas mensuales de las primas desde su cuenta bancaria (EFT), firme más abajo y elija una de estas opciones:

- > Adjuntar una fotocopia de un cheque personal anulado de la cuenta.
- > Indicar los números de cuenta y ruta bancaria a continuación.

Nombre del banco	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro
Número de ruta bancaria	Número de cuenta

Autorizo a Moda Health o Delta Dental a cobrar de mi cuenta las primas mensuales de las personas mencionadas anteriormente. También autorizo a mi banco, indicado en este formulario, a que apruebe estos cargos mensuales. Esta autorización seguirá en vigor hasta que otorgue a mi banco la oportunidad de tomar alguna otra medida. Para suspender los pagos, debo notificar a mi banco antes de que se cobren de mi cuenta.

Firma del titular de la cuenta X	Fecha
Nombre del titular de la cuenta (en letra de imprenta)	

Las EFT se inician alrededor del día 5 del mes y suelen demorar uno o dos días en registrarse en su cuenta. Es posible que el primer pago se haga en una fecha posterior si la inscripción se procesa después del día 5 del mes.

Dirección de facturación (si es diferente de la dirección postal):		
Ciudad	Estado	Código postal

Sección 9 > Condiciones básicas de la inscripción

Entiendo y acepto lo siguiente:

- > Esta solicitud no constituye una oferta de cobertura. La cobertura no comenzará hasta que Moda Health o Delta Dental reciban esta solicitud, la revisen y asignen una fecha de entrada en vigor.
- > Esta solicitud formará parte de mi póliza.
- > Tengo derecho a analizar y devolver la póliza en un plazo de 10 días después de haberla recibido.
- > Estos son los requisitos para que la cobertura sea aceptada:
 - A. El suscriptor debe ser residente de Oregón para solicitar y mantener la cobertura de un plan de Moda Health o Delta Dental. El término “residente” se refiere a una persona que vive en el área de servicio del plan y que tiene intenciones de residir allí de forma permanente o por tiempo indefinido. Es posible que Moda Health y Delta Dental exijan prueba de residencia, que incluye, entre otras, la dirección postal (no un apartado postal).
 - B. No puedo tener cobertura de más de un plan médico y dental individual de Moda Health o Delta Dental en ningún momento.
 - C. Ninguna de las personas indicadas en esta solicitud debe estar inscrita en Medicare en la fecha en que comience la cobertura.
- > Si elijo un plan de Moda Health o Delta Dental que no incluya beneficios dentales pediátricos, certifico que yo y mis dependientes en la solicitud hemos obtenido u obtendremos un plan dental pediátrico certificado por el Mercado de Seguros Médicos.
- > **Cobertura médica:** Debo consultar a proveedores dentro de la red. No hay cobertura fuera de la red, excepto para servicios de emergencia, servicios de farmacia minorista y servicios en un centro dentro de la red cuando no tengo la oportunidad de elegir un proveedor dentro de la red, o para los hijos que viven fuera del estado, pero en los EE. UU., que son estudiantes a tiempo completo o para quienes hay vigente una QMCSO.
- > **Cobertura dental:** Mis beneficios pueden ser menores al monto facturado por mi proveedor cuando realizo un tratamiento con un proveedor no contratado.
- > No hay beneficios disponibles en el plan de Moda Health o Delta Dental para los servicios o suministros, incluidos los asociados a una internación, que se hayan recibido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- > Los cambios en las leyes o normas estatales o federales pueden modificar los beneficios o tarifas del plan que elegí. Los cambios entrarán en vigor el 1.º de enero.
- > Independientemente de la fecha de mi inscripción, la prima del plan se renovará el 1.º de enero.
- > He leído la declaración de privacidad de Moda Health y Delta Dental que está disponible en modahealth.com y deltadentalor.com.

Sección 10 > Certificado de finalización y exactitud

Asegúrese de firmar y colocar la fecha a continuación. Su cónyuge o pareja doméstica registrada y sus hijos mayores de 18 años también deben firmar la solicitud.

Confirmando que las respuestas de esta solicitud están completas y son correctas según mi leal saber y entender. Comprendo que, si esta solicitud contiene cualquier tergiversación intencional de hechos materiales, Moda Health y Delta Dental pueden negarme la cobertura, modificar o cancelar el contrato, o bien tomar otras acciones legales. Informaré a Moda Health y Delta Dental de forma oportuna y por escrito cualquier cambio que ocurra antes de que la cobertura entre en vigor y que haga que la información en la solicitud quede incompleta o sea incorrecta. En caso de aprobarse, la cobertura comenzará a regir a partir de la fecha de entrada en vigor que determinen Moda Health y Delta Dental. Moda Health y Delta Dental pueden comunicarse conmigo para que les aclare ciertas respuestas de esta solicitud. Como solicitante, comprendo que tengo derecho a inspeccionar la información en mi archivo.

He (hemos) leído y comprendido esta solicitud, las condiciones y las declaraciones de certificación y privacidad.

Solicitante (*suscriptor*) o padre, madre o tutor (*póliza exclusiva para hijos*):

Nombre en letra de imprenta de <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor ¹ <input type="checkbox"/> Solicitante	
Firma del solicitante X	Fecha

Si se inscribe:

Cónyuge o pareja doméstica	Fecha
Hijos mayores de 18 años	Fecha
Hijos mayores de 18 años	Fecha

1 Si no es el padre ni la madre, pero es el representante legal o su apoderado, adjunte la documentación legal que lo respalde.

Al brindar mi información de contacto, otorgo consentimiento para recibir comunicaciones de Moda Health Plan, Inc., Delta Dental Plan of Oregon, y sus filiales y socios comerciales respecto de los beneficios, los pagos y los tratamientos del plan de salud.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico pueden ser inseguras. Aunque no es usual, existe la posibilidad de que otra parte, que no sea el destinatario, obtenga la información incluida en un correo electrónico. Le recomendamos que no incluya información de identificación personal, como su fecha de nacimiento, ni información médica personal en ninguno de los correos electrónicos que nos envíe. No es necesario que incluya su dirección de correo electrónico o número de teléfono para adquirir bienes o servicios.

Sección 11 > Agente (solo el agente debe completarla)

Yo (*el agente*) he explicado las disposiciones de elegibilidad al solicitante. No he hecho ninguna declaración con respecto a los beneficios, las condiciones o las limitaciones de la póliza, excepto a través del material escrito proporcionado por Moda Health o Delta Dental. Le he informado al solicitante que solo Moda Health o Delta Dental asignan la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

Para actuar como agente, Moda Health y Delta Dental of Oregon deben haberlo designado activamente como tal.

Nombre del agente	Nombre de la agencia	NPN (N.º nacional del agente de seguros)
Teléfono	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal

Certifico que la información que el suscriptor me ha proporcionado se ha registrado con precisión y veracidad.

Firma del agente (<i>obligatoria</i>) X	Fecha
--	-------

Nota para el agente: *No es necesario que el pago se incluya en la solicitud, pero sí se requiere el primer pago para poder activar la cobertura.*

Moda Health paga una comisión a agentes designados (*agentes*) por el trabajo que hacen en su nombre. Nuestra lista actual de comisiones se encuentra disponible en modahealth.com/oregon/broker-commission.

¿Está listo para enviar el formulario?

- > ¿Ha completado toda la solicitud y la ha firmado?
- > ¿Ha adjuntado la documentación solicitada (*para una inscripción especial, por tutela, etc.*)?
- > ¿Ha incluido el pago de la prima del primer mes? No es necesario que el pago se incluya en la solicitud, pero sí se requiere el primer pago para poder activar la cobertura.

Envíenos su solicitud completa y firmada y sus archivos adjuntos:

Por correo electrónico: Escanee el formulario y envíelo a individualapp@modahealth.com.

Fax: 503-219-3696

Por correo postal: Moda Health (*cobertura médica*) o Delta Dental (*cobertura dental*), Membership Accounting
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204-3156

¡Reciba su documentación en formato electrónico!

¿Es nuevo en Moda Health o Delta Dental? Tras aprobarse su solicitud, recibirá una carta de bienvenida con su número de identificación de miembro. Utilice este número para configurar su cuenta en el "Member Dashboard" (Panel para miembros) en modahealth.com o deltadentalor.com. Cuando inicie sesión en el Panel para miembros podrá hacer lo siguiente:

- > Consultar el *Manual para miembros*.
- > Ver cómo se pagaron sus reclamos, al optar por recibir la *Explicación de Beneficios (EOB)* en formato electrónico.
- > Olvídense del papel: recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté lista.

¿Tiene preguntas?

Comuníquese con Moda Health y Delta Dental al 855-718-1767.

modahealth.com | deltadentalor.com

Para consultar el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) de los planes médicos, visite shopmodaplans.com.

Hay un glosario unificado para comprender los términos de atención médica más frecuentes en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/UG-Glossary-508-MM.pdf>. Para obtener copias impresas, sin costo, del SBC o del glosario unificado, comuníquese con Moda Health al 855-718-1767.

Planes de salud en Oregon brindados por Moda Health Plan, Inc. Planes dentales en Oregon brindados por Oregon Dental Service, que opera bajo el nombre comercial de Delta Dental Plan of Oregon. Delta Dental es una marca registrada de Delta Dental Plans Association.

Nondiscrimination notice

We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, religion, color, national origin, age, disability, gender identity, sex or sexual orientation.

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

If you need any of the above, call:

888-217-2363 (TDD/TTY 711)

If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint.

Please mail or fax it to:

Moda Partners, Inc.
Attention: Appeal Unit
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
Fax: 503-412-4003

If you need help filing a complaint, please call Customer Service.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone:

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

You can get Office for Civil Rights complaint forms at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Scott White coordinates our nondiscrimination work:

Scott White,
Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

modahealth.com

Dental plans in Oregon provided by Oregon Dental Service, dba Delta Dental Plan of Oregon. Dental plans in Alaska provided by Delta Dental of Alaska. Delta Dental is a trademark of Delta Dental Plans Association. Health plans provided by Moda Health Plan, Inc.



ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY:711)

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229（聾啞人專用：711）

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجانًا. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

تولتے ہیں تو لانی (URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ پر کال کریں 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

ATTENTION : si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY : 711)

توجہ: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ صورت رایگان برای شما موجود است. با تماس بگیرد. (TTY: 711) 1-877-605-3229

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपको भाषाई सहायता बिना कोई पैसा दिए उपलब्ध है। 1-877-605-3229 पर कॉल करें (TTY: 711)

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意:日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229 (TTY、テレタイプライターをご利用の方は711)までお電話ください。

အကူအညီ: ဤကိစ္စ (အမျိုးသားနှင့် အမျိုးမိတ်) ဝါဒီတို့၏ တို့၏ အမျိုးသားများကို ဝါဒီတို့၏ မူလမှ အထောက်အကူ ပေးပါမည်။ 1-877-605-3229 (TTY: 711) နှင့် ခေါ်ဆိုပါ။

ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY:711) tiin bilbilaa.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

FA'AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoa fesoasoani tau gagana mo oe e le totogia. Vala'au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti Ilocano, sidadaan ti tulong iti lengguahe para kenka nga awan bayadna. Umawag iti 1-877-605-3229 (TTY: 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)