



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bcbsil.com/member/policy-forms/2024 o llame al 1-800-892-2803. Consulte el glosario para obtener información

acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, profesional de la salud u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0	Consulte el cuadro de Eventos médicos comunes a continuación para ver cuánto paga por los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	No.	Deberá cumplir con el <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> pague por cualquier servicio.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita cumplir con los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>de bolsillo</u> <u>gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Individual: Participante \$3,000 Familiar: Participante \$6,000	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbsil.com o llame al 1-800-892-2803 para obtener una lista de los <u>proveedores</u> participantes.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí.	El <u>plan</u> pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos prestados por un <u>especialista</u> , siempre que tenga un <u>referido</u> antes de ver al <u>especialista</u> .



Todos los costos de **copago** y **Coseguro** que se muestran en este cuadro se cobran una vez que haya alcanzado su **deducible**, en caso de que se aplique un **deducible**.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$40 por consulta	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un <u>Especialista</u>	\$60 por consulta	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	Sin cargo	Sin cobertura	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

SBC IL HMO LG-2024

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

www.bcbsil.com/member/policy-forms/2024

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta está disponible en www.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists	Medicamentos genéricos preferidos	Locales comerciales: Sin cargo Entrega a domicilio: Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a un suministro de 30 días en locales comerciales (o a un suministro de 90 días en farmacias selectas <u>de la red</u>). Suministro de hasta 90 días para entrega a domicilio. Los <u>medicamentos especializados</u> se limitan a un suministro de 30 días, excepto para ciertos regímenes de dosificación designados por la FDA. También se puede requerir el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y un medicamento genérico si este último está disponible. Puede ser elegible para sincronizar sus resurtidos de recetas; consulte su folleto de beneficios* para obtener más detalles. El monto que usted puede pagar por suministros para 30 días de un medicamento de insulina incluido, independientemente de la cantidad o tipo, no debe ser superior a \$100, cuando se obtiene de una Farmacia Participante.
	Medicamentos genéricos no preferidos	Locales comerciales: \$10 por receta médica Entrega a domicilio: \$20 por receta médica	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca preferidos	Locales comerciales: \$35 por receta médica Entrega a domicilio: \$70 por receta médica	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	Locales comerciales: \$75 por receta médica Entrega a domicilio: \$150 por receta médica	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos especializados</u> preferidos	\$150 por receta médica	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos especializados</u> no preferidos	\$250 por receta médica	Sin cobertura	
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	\$250 por consulta	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> . En caso de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados, consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

SBC IL HMO LG-2024

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

www.bcbsil.com/member/policy-forms/2024

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	\$350 por consulta	\$350 por consulta	Se elimina el <u>copago</u> si es admitido.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	<u>Atención médica inmediata</u>	Atención primaria: \$40 por consulta <u>Especialista</u> : \$60 por consulta	Sin cobertura	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$500 por día	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> . Se aplica un <u>copago</u> por día durante los primeros 3 días.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$40 por visitas al consultorio o sin cargo por otros servicios para pacientes no hospitalizados	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
	Servicios para pacientes internados	\$500 por día	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> . Se aplica un <u>copago</u> por día durante los primeros 3 días.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención primaria: \$40 por consulta inicial <u>Especialista</u> : \$60 por consulta inicial	Sin cobertura	El <u>copago</u> se aplica para la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ultrasonido). Se aplica un <u>copago</u> de paciente internado por día durante los primeros 3 días.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	\$500 por día	Sin cobertura	
Si requiere ayuda para	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

SBC IL HMO LG-2024

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

www.bcbsil.com/member/policy-forms/2024

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$40 por consulta	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> . 60 visitas combinadas/año calendario. Incluye, entre otras, terapia física, ocupacional o del habla. Puede aplicarse un <u>copago</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$40 por consulta	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> . Paciente ambulatorio: 60 visitas combinadas/año calendario. Incluye, entre otras, terapia física, ocupacional o del habla. Puede aplicarse un <u>copago</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$500 por día	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> . No incluye cuidado de custodia. Se aplica un <u>copago</u> por día durante los primeros 3 días.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> . Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>equipo médico duradero</u> (DME, en inglés) se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos.
	<u>Cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> . Puede aplicarse un <u>copago</u> para pacientes internados.
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

SBC IL HMO LG-2024

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

www.bcbsil.com/member/policy-forms/2024

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Atención dental (adultos)
- Atención médica a largo plazo
- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica (a menos que sea médicamente necesaria)
- Cirugía cosmética
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura
- Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 30 consultas por año calendario)
- Audífonos (para niños, 1 por oído cada 24 meses, para adultos, hasta \$2,500 por oído cada 24 meses)
- Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes)
- Enfermería de servicio privado(en lo sucesivo denominado BCBSIL)
- Tratamiento de infertilidad (incluido si la persona con cobertura no se ha sometido a 4 extracciones de óvulos; y, en caso de que, después de una extracción de óvulos se produzca un nacimiento con vida, entonces, solo se cubrirán otras 2 extracciones de óvulos)

Su derecho a continuar con la cobertura: si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: comuníquese con el plan al 1-800-892-2803, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-892-2803 o visitar www.bcbsil.com, o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al 1-877-527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Proporciona este plan Cobertura Esencial Mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercados individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-892-2803.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-892-2803.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-892-2803.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-892-2803.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección que se indica a continuación.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, el cargo que cobre el profesionales de la salud y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago del especialista</u>	\$60
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	\$500
■ <u>Otro</u>	\$0

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:
 Visitas al consultorio del Especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios de parto/nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita del Especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$560

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para la afección bien controlada)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago del especialista</u>	\$60
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	\$500
■ <u>Otros</u>	\$0

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:
 Visitas al consultorio del Médico de atención primaria (*incluida la información sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$900
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$920

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$0
■ <u>Copago del especialista</u>	\$60
■ <u>Copago del hospital (centro)</u>	\$500
■ <u>Otro</u>	\$0

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:
Atención de la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$700



BlueCross BlueShield of Illinois

La cobertura de atención médica es importante para todos.

Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística. No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad.

Para recibir asistencia gratuita con la comunicación o con el idioma, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo discriminamos de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, en:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de Quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



BlueCross BlueShield of Illinois

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost.
To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل بلع الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદામાં બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपके अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ní, éi doodago la'da biká anánílwo'ígíí, na'idilkidgo, ts'idá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dóó bina'idilkidigíí bee níí h'oodonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodiilnih kwe'e 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulongan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں منبہد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.