



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, ingrese al sitio ers.swhp.org/forms-guides, o llame al 1-800-321-7947. Para una 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 cciio.cms.gov.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es esto importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0 por persona	Por lo general, le corresponde pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto deducible antes de que el plan comience a pagarlos. Si el plan cubre a miembros de su familia, cada uno de ellos deberá alcanzar su propio deducible hasta que el monto total de cargos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible total familiar.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva y de atención primaria están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos elementos y servicios incluso si no ha alcanzado su monto deducible . Sin embargo, es posible que se cobre un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin participación de costos y antes de que alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en el sitio healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	\$50 deducible para Farmacia	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$6,750 por persona / \$13,500 por familiar	El límite de desembolso personal es lo máximo que podría pagar por servicios cubiertos en un año. Si este plan incluye a otros miembros de su familia, se debe alcanzar el límite de desembolso personal familiar general.
¿Qué se excluye del límite de desembolso personal ?	Los copagos en ciertos servicios, las primas , cargos por facturación de saldos y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, estos no forman parte del límite de desembolso personal .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Consulte el sitio swhp.org o llame al 1-800-321-7947 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Los montos que pagará serán menores si usa un proveedor que pertenezca a la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red y es posible que el proveedor le cobre la diferencia entre los costos del proveedor y el monto que paga el plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que los proveedores dentro de la red pueden recurrir a proveedores fuera de la red para la prestación de ciertos servicios (por ejemplo, los análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de la prestación de los servicios.
¿Necesito remisión médica para ver a un especialista ?	No.	Usted puede ver al especialista que seleccione sin autorización de este plan.

* Para más información sobre los límites y excepciones, ver la póliza de seguro o documento del plan al ers.swhp.org



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si usted visita el consultorio o clínica de un proveedor médico	Visita de asistencia primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$25 por visita (Copago de \$0 por visita electrónica)	Sin cobertura	Es posible que le corresponda pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, revise lo que el plan pagará.
	Visita al especialista	Copago de \$40 por visita	Sin cobertura	
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	
Si tiene que realizarse un examen médico	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Ningunos
	Exámenes radiológicos con imágenes (tomografía computarizada [CT]/ tomografía por emisión de positrones [PET scans], imágenes de resonancia magnética [MRI])	Copago de \$100 más 20% coseguro	Sin cobertura	Se puede requerir una preautorización . Sin una preautorización , su costo puede aumentar.
	Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$10 por 30 días de suministro Copago de \$30 por 90 días de suministro / mantenimiento	Sin cobertura	Los copagos son por suministro de 30 días. Se aplican 3 copagos para un suministro de 90 días si se obtiene un medicamento de mantenimiento a través de una farmacia Baylor Scott & White O cuando usa el servicio de correo con receta. Los medicamentos preventivos específicos se cubrirán sin costo para el miembro.
	Medicamentos de marca preferida	Copago de \$35 por 30 días de suministro Copago de \$105 por 90 días de suministro / mantenimiento	Sin cobertura	

Para más información sobre los límites y excepciones, ver la póliza de seguro o documento del plan al ers.swhp.org

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura para recetas en ers.swhp.org/pharmacy-information	Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferida	<u>Copago</u> de \$60 por 30 días de suministro <u>Copago</u> de \$180 por 90 días de suministro / mantenimiento	Sin cobertura	Algunos medicamentos especializados pueden requerir una preautorización . Solo para suministro de 30 días.
	Medicamentos de especialidad	Si se compra a través de una farmacia, los <u>medicamentos de especialidad</u> están cubiertos como medicamentos de marca preferida, o medicamentos de marca no preferida como se menciona anteriormente. Si no, cubierto como un beneficio médico.	Sin cobertura	
Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Copago</u> de \$100 más <u>coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se puede requerir una preautorización . Sin una preautorización , su costo puede aumentar.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	Sin cobertura	
Si necesita asistencia médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$150 más <u>coseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$150 más <u>coseguro</u> del 20%	Si es admitido, este <u>copago</u> se considerará para el <u>copago</u> del hospital para pacientes hospitalizados.
	Transporte médico de emergencia	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Ningunos
	Atención de urgencia	<u>Copago</u> de \$50 más <u>coseguro</u> del 20%	<u>Copago</u> de \$50 más 20% <u>coseguro</u>	Ningunos

* Para más información sobre los límites y excepciones, ver la póliza de seguro o documento del plan al ers.swhp.org

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Copago</u> de \$150 por día más <u>coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	<p>Un <u>copago</u> máximo de \$750 por hospitalización. <u>Copago</u> de \$2,250 máximo por persona y año del plan. Se puede requerir una <u>preautorización</u>. Sin una <u>preautorización</u>, su costo puede aumentar.</p> <p>Consulte el sitio ers.swhp.org para conocer los requisitos de <u>preautorización</u> y las sanciones.</p> <p>Los servicios que no están autorizados previamente no se pagarán.</p>
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$25 por visita	Sin cobertura	Se puede requerir una <u>preautorización</u> . Sin una <u>preautorización</u> , su costo puede aumentar.
	Servicios internos	<u>Copago</u> de \$150 por día más <u>coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	<u>Copago</u> de \$750 máximo por persona y hospitalización. <u>Copago</u> de \$2,250 máximo por persona y año del plan. Se puede requerir una <u>preautorización</u> . Sin una <u>preautorización</u> , su costo puede aumentar.

* Para más información sobre los límites y excepciones, ver la póliza de seguro o documento del plan al ers.swhp.org

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$40 por visita	Sin cobertura	Sin costo por visitas prenatales; las visitas posnatales están cubiertas con el <u>copago</u> del <u>especialista</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> .
	Servicios de parto profesionales	<u>Copago</u> de \$25 por visita	Sin cobertura	Sin costo por visitas prenatales; las visitas posnatales están cubiertas con el <u>copago</u> del <u>especialista</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> .
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Copago</u> de \$150 por día más <u>coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	<u>Copago</u> de \$750 máximo por hospitalización. <u>Copago</u> de \$2,250 máximo por persona y año del plan. Se puede requerir una <u>preautorización</u> . Sin una <u>preautorización</u> , su costo puede aumentar.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se puede requerir una <u>preautorización</u> . Sin una <u>preautorización</u> , su costo puede aumentar.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% sin visita a la oficina, copago de \$40 más 20% con visita a la oficina	Sin cobertura	Se puede requerir una <u>preautorización</u> . Sin una <u>preautorización</u> , su costo puede aumentar.
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ningunos
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se puede requerir una <u>preautorización</u> . Sin una <u>preautorización</u> , su costo puede aumentar.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se puede requerir una <u>preautorización</u> . Sin una <u>preautorización</u> , su costo puede aumentar.

* Para más información sobre los límites y excepciones, ver la póliza de seguro o documento del plan al ers.swhp.org

Evento médico comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se puede requerir una preautorización . Sin una preautorización , su costo puede aumentar.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Copago de \$40	Sin cobertura	Límite de un examen por año. Un preventivo cuidado de la detección de la agudeza visual cubierto sin copago en el proveedor de la red .
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ningunos
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ningunos

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (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"> • Acupuntura • Anteojos y lentes de contacto • Artículos de comodidad personal • Asistencia médica a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia médica que no sea de emergencia para viajes al exterior (fuera de los E.E.U.U.) • Chequeo dental • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado podiátrico de rutina • Inseminación artificial • Programas de pérdida de peso • Tratamiento para la Infertilidad

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan .)
<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (limitado a \$ 1,000 por oído por 36-mes) Los menores de 18 años elegibles son no sujeto a un máximo de \$ 1,000 para audífonos. • Cuidado quiropráctico (terapia manipulativa) • Servicios privados de enfermería

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Scott & White Care Plans: visite [swhp.org](#) o llame al 1-800-321-7947; Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Department of Labor (Departamento de Trabajo): visite [dol.gov/ebsa/healthreform](#) o llame al 1-866-444-EBSA (3272). Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor, visite [cciiio.com.gov](#) o llame al 1-877-267-2323 x61565; Department of Insurance of Texas, visite [tdi.texas.gov](#), o llame 1-800-578-4677. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [HealthCare.gov](#) o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Scott & White Care Plans: visite [swhp.org](#) o llame al 1-800-321-7947;

* Para más información sobre los límites y excepciones, ver la póliza de seguro o documento del plan al [ers.swhp.org](#)

La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, visite dol.gov/ebsa/healthreform, o llame al 1-866-444-EBSA (3272) Texas Department of Insurance: visite tdi.texas.gov o llame al 1-800-252-3439.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-321-7947.

————— Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección. —————

* Para más información sobre los límites y excepciones, ver la póliza de seguro o documento del plan al ers.swhp.org

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal por parte de un proveedor dentro de la red y parto en un hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Ejemplos de costos de atención:

Consultas al especialista (atención prenatal)
Parto y servicios profesionales relacionados
Parto y servicios de los establecimientos relacionados
Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)
Consulta con un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Parte de los costos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$2,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El monto total que Peg pagaría es	\$3,060

Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina de una condición bien controlada por parte de un proveedor dentro)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Ejemplos de costos de atención:

Consultas al médico de atención primaria (incluida la educación sobre la enfermedad)
Exámenes de diagnóstico (análisis de angre)
Medicamentos recetados
Equipos médicos duraderos (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo	\$7,500
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Parte de los costos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,000
<u>Coseguro</u>	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El monto total que Joe pagaría es	\$1,460

Fractura simple de Mia

(consulta en la sala de emergencias de un proveedor dentro de la red y seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$40
■ Coseguro del hospital (instalaciones)	20%
■ Otros coseguros	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Ejemplos de costos de atención:

Atención en la sala de emergencias (incluye suministros médicos)
Prueba de diagnóstico (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,000
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Parte de los costos	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El monto total que Mia pagaría es	\$700

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Aviso de No Discriminación



ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Scott & White Care Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott & White Care Plans no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Scott & White Care Plans:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Scott & White Care Plans al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

Si cree que Scott & White Care Plans no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Scott & White Care Plans, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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 el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Language Assistance/ Asistencia de idiomas



English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Chinese:

注意: 如果使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-321-7947(TTY:711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-321-7947 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

هاتف الصم والبكم: 711. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-321-7947 (رقم 800-321-7947-1)

Urdu:

کریں (1-800-321-7947 (TTY: 711) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-321-7947 (TTY: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-321-7947 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-321-7947 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:

فراهم می باشد. با 1-800-321-7947 (TTY: 711) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-321-7947 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-321-7947 (телетайп: 711).

Japanese:

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。1-800-321-7947 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການການຊ່ວຍເຫຼືອ ທາງພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-321-7947 (TTY: 711).