

Solicitud para los Planes Medicare individuales de RMHP

20

Comuníquese con RMHP si necesita información en otro formato.

Para inscribirse en RMHP, proporcione la siguiente información:

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

- | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plan Rocky Mountain Basic (Costo)* | <input type="checkbox"/> Plan Rocky Mountain Standard (Costo)* |
| <input type="checkbox"/> Plan Rocky Mountain Green (Costo)* | <input type="checkbox"/> Plan Rocky Mountain Plus (Costo)* |
| <input type="checkbox"/> Plan Rocky Mountain Thrifty (Costo)* | |

***Deberá seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.**

La cobertura comienza el día 1° del mes.
¿Qué fecha de vigencia está solicitando?

__ __ / **01** / **2019**

Beneficios
opcionales
complementarios:

- Opcional UnitedHealthcare Platinum Dental Plan (\$20.00 adicionales por mes)
 Opcional VSP Choice Vision Plan (\$12.00 adicionales por mes)

- Sr.
 Sra.
 Srita.

APELLIDO:

NOMBRE:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: __ __ / __ __ / __ __
 __ __

Género: H M

Teléfono: ()

Dirección de la residencia permanente (no se permiten apartados postales)

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado:

Código Postal:

Dirección Postal (sólo si es diferente de la Dirección de la residencia permanente):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Condado:

Código Postal:

Proporcione información sobre su seguro de Medicare

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

- Llene esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

– O –

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o del Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a:

Fecha de vigencia:

HOSPITAL (Parte A) _____

MÉDICO (Parte B) _____

Debe tener Medicare Parte B para inscribirse en los planes de RMHP antes mencionados.

RMHP es un plan de costos aprobado por Medicare. La inscripción en RMHP depende de la renovación del contrato.

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene usted enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No
Si su respuesta es “sí” a esta pregunta y ya no necesita diálisis regular, o le hicieron un trasplante de riñón exitoso, **adjunte una nota o registros** de su médico que demuestren que no necesita diálisis o que le hicieron un trasplante de riñón exitoso.

2. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No
Si la respuesta es “sí”, proporcione su número de Medicaid: _____

3. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No
¿Cuenta usted con cobertura de salud a través del empleador actual o anterior de usted o su cónyuge?
 Sí No

Si la respuesta es “sí”, proporcione la siguiente información:

Nombre del Empleador: _____ Aseguradora: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Número de póliza: _____

Proporcione los datos de su médico de atención primaria (PCP o Primary Care Physician) o clínica:

Nombre de la clínica: _____

Nombre del médico (nombre y apellido): _____

Dirección del médico o de la clínica: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

<Díganos si prefiere recibir la información en un idioma alternativo (que no sea el inglés) o en un formato alternativo:

Idioma alternativo (indique el idioma):

Formato alternativo (indique el formato): Letra grande Braille Otro: _____

Indique los tipos de documentos que quiere recibir en el idioma/formato alternativo anterior:

- Cartas importantes y notificaciones
- Información de facturación y reclamaciones (facturas de primas, explicación de los beneficios, etc.)
- Notificación anual de cambios/Evidencia de la cobertura
- Otra correspondencia (materiales de mercadotecnia, boletines, información sobre cuidados preventivos, etc.)

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Service at 888-282-1420 (TTY dial 711). Hours are 8am - 8pm, 7 days/week, Oct. 1–Feb.14, and 8am - 8pm, M-F, Feb.15–Sept.30. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Llame a la línea de Atención a clientes al 888-282-1420 (TTY, marque 711). Horario de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero; y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 15 de febrero al 30 de septiembre.>



Lea esta información importante

Si actualmente usted cuenta con cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en RMHP podría afectar los beneficios de salud que le brinda el empleador o el sindicato. Si tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su participación puede cambiar cómo funciona su cobertura actual. Lea las comunicaciones que le envía su empresa o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite el sitio web de su empleador o sindicato o comuníquese con la oficina que se detalla en sus comunicados. Si no existe información sobre la persona con quién debe comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde las preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

Preferencias para la entrega de documentos

CMS (Medicare) requiere que RMHP proporcione a *cada* afiliado ciertos documentos requeridos durante el periodo de inscripción al plan y anualmente a partir de esa fecha. La Evidencia de Cobertura (EOC) está disponible en www.rmhpMedicare.org. La **Notificación Anual de Cambios (ANOC)** se enviará a *cada afiliado* por correo, a menos que se elija una opción diferente de las que se presentan a continuación:

Opción 1: – Optar por recibir los documentos requeridos por vía electrónica.

Para ver sus documentos, deberá tener acceso a Internet y su sistema deberá cumplir ciertos requisitos mínimos. No recibirá copias impresas.

Correo electrónico: _____

Opción 2: Aceptar recibir un solo envío de los documentos requeridos por hogar (si hay varios afiliados a RMHP en su hogar).

Los afiliados de su hogar pueden solicitar que se les envíe un solo paquete de documentos del plan. Cada afiliado del hogar debe firmar abajo.

Apellido, Nombre	Número de ID	Fecha	Firma

Adjunte una hoja por separado si más de cuatro afiliados residen en la misma dirección.

Puede cambiar sus preferencias de entrega de documentos o solicitar una copia impresa gratis llamando al departamento de Atención a clientes de RMHP.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Rocky Mountain Health Plans es un plan de salud de Medicare y será necesario que conserve mi Medicare Parte B. Sólo puedo estar en un plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. Sé que puedo cancelar mi inscripción a este plan en cualquier momento; sólo debo enviar una solicitud por escrito a RMHP o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a cualquier hora, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY, favor de llamar al 1-877-486-2048.

RMHP atiende un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que RMHP presta servicio, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción al plan y encontrar un nuevo plan dentro de mi nueva área. Una vez que esté afiliado a RMHP, tengo derecho a apelar a las decisiones del plan con respecto al pago o a los servicios si no estoy de acuerdo.

Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de RMHP cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir para recibir la cobertura de este plan de salud de Medicare.

Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de RMHP, para que RMHP cubra mis servicios médicos (excepto por los servicios de emergencia o requeridos de urgencia), toda mi atención de la salud debe ser proporcionada o coordinada por RMHP. Si recibo servicios que no hayan sido proporcionados o coordinados por el plan, seré responsable por todos los deducibles y coaseguros de Medicare, así como también de todos los cargos adicionales, tal como lo indica el programa de Medicare. También puedo ser responsable por los gastos que no tienen cobertura de Medicare.

Los beneficiarios de Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada en Canadá y México. Los servicios autorizados por RMHP y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de RMHP (también conocido como contrato de afiliación o acuerdo del suscriptor) tendrán cobertura.

Entrega de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que RMHP entregará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario, para el tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta de acuerdo con mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, me cancelarán mi inscripción a este plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi representación, de acuerdo con lo dispuesto en las leyes del estado en el que resido) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta. Si firma una persona autorizada (según se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada de conformidad con lo dispuesto en las leyes del estado para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está a su disposición previa solicitud de Rocky Mountain Health Plans o de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Nombre en letra de imprenta:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

Parentesco con la persona inscrita: _____

Sólo para uso de la oficina:

Nombre del miembro del personal, agente o corredor (si brindó asistencia en la inscripción):

Núm. de identificación del Plan: _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura _____

IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

RMHP
PO Box 10600
Grand Junction, CO 81502-5600

— Desprenda antes de llenar el formulario —

Nombre del solicitante: _____

Número de reclamación de Medicare: _____

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés). También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario cada mes.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura (por correo). El pago total debe efectuarse al recibir la factura.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

Adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta (si fuera diferente): _____

Firma del titular de la cuenta: _____

Número de ruteo del banco: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Cheques Ahorro

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario.

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario puede tardar dos o más meses en iniciarse después de que el Seguro Social o el Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o el Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario no incluirá todas las primas adeudadas desde su fecha de vigencia de inscripción hasta el momento en que comience la retención. Le enviaremos una factura impresa por los meses anteriores al inicio de la deducción de su cheque del Seguro Social o del Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario. Si el Seguro Social o el Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas. Si eligió los planes dentales y de visión, las primas no se pueden deducir del cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación del Personal Ferroviario, por lo que se facturarán directamente al afiliado.)

— Desprenda antes de llenar el formulario —

Rocky Mountain Health Plans - H0602

Calificaciones por estrellas Medicare 2019*

El Programa Medicare evalúa anualmente todos los planes de salud y medicamentos según la calidad y el rendimiento del plan. La calificación por estrellas de Medicare le ayuda a saber cómo se desempeña nuestro plan de salud. Usted puede utilizar estas calificaciones por estrellas para comparar el rendimiento de nuestro plan con los demás planes. Los dos tipos principales de calificaciones por estrellas son los siguientes:

1. Una calificación general por estrellas que combina los puntajes de nuestro plan.
2. Una calificación resumida por estrellas que se concentra en nuestros servicios médicos ó de medicamentos recetados.

Algunas de las áreas que el Programa Medicare analiza para estas calificaciones incluyen:

- Cómo nuestros miembros evalúan los servicios del plan de salud y de atención médica;
- Qué tan bien nuestros médicos detectan enfermedades y mantiene a nuestros miembros saludables;
- Qué tan bueno es nuestro plan en ayudar a los miembros a utilizar medicamentos recetados recomendados y seguros.

Para el año 2019, Rocky Mountain Health Plans recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.



3 estrellas

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de Rocky Mountain Health Plans.



3 estrellas

Servicios del Plan de Salud:

Servicios del Plan de
Medicamentos:

El beneficio no es ofrecido por el plan

El número de estrellas muestra que tan bien se desempeña nuestro plan.



5 estrellas - Excelente



4 estrellas - Por encima del promedio



3 estrellas - Promedio



2 estrellas - Por debajo del promedio



1 estrella - Malo

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web www.medicare.gov.

Usted nos puede contactar de 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora de la Montaña al 888-282-1420 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es de 1 abril al 30 septiembre lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora de la Montaña.

Miembros actuales por favor llamar al 888-282-1420 (libre de cargo) o al 711 (teléfono de texto).

*Las calificaciones por estrellas están basadas en 5 estrellas. Las calificaciones por estrellas son evaluadas cada año y pueden cambiar de un año al otro.

RMHP es un plan de costo aprobado por Medicare. La inscripción en RMHP depende de la renovación del contrato.

Notice of Privacy Practices (Aviso de prácticas de privacidad*)

This Notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

You may ask for an additional paper copy of this privacy notice at any time. *Para recibir esta noticia en español llame al 800-346-4643. If you are Deaf, hard of hearing or have a speech disability, dial 711 for Relay Colorado or use our Live Chat on rmhp.org.

In this notice, the words “us” “our” and “we” mean Rocky Mountain Health Plans or RMHP. These plans are underwritten by Rocky Mountain Health Maintenance Organization (RMHMO).

Q. Why is this notice provided?

- A. Rocky Mountain Health Plans respects the privacy of your personal health information, also called PHI. By law, we have to make sure that your PHI is kept private. We must also give you this notice of our legal duties, your rights, and our privacy practices about your PHI. We must tell you about how and when we may use, share, or discuss your PHI with others.

Q. What is PHI?

- A. PHI includes information that we have about your past, present, or future health or medical condition that could be used to identify you. This includes such things as health care treatment, or payment for health care you have received.

Q. How and when can you use, give out, or tell others about my PHI?

- A. RMHP can use or give out your PHI:
- To help make sure your medical bills sent to us for payment are handled the right way.
 - To help your doctors or other health care providers manage your health care, such as if you're in a wellness program or if you are a home health patient.
 - To send you a reminder if you have a doctor's visit.
 - To give you information about other health care treatments, services, and programs you may be interested in, such as a weight-loss program.
 - To tell an employer that helps pay for your health benefits of your enrollment with RMHP. Any PHI we might give to your employer group plan sponsor cannot be used for employment or benefit decisions.
 - With other people who are with you at the time we

discuss your PHI. For example, when you allow others to be in the room when a home health nurse visits your home or if your spouse is with you on the phone when you call us. In these cases, we may talk about your PHI with both of you.

- If you are injured or unconscious we may share PHI with your family or friends to help make sure you get the care you need and talk about how the care will be paid for.

Please Note: We will not use your PHI that is genetic information for any underwriting purpose.

Q. Are there state or federal laws that may call for RMHP to share your PHI?

- A. Yes, there are also state and federal laws that may call for us to give your PHI to others. For example, we may give out your PHI:
- To state and federal agencies that regulate us, such as the U.S. Department of Health and Human Services and the Colorado Division of Insurance.
 - For public health activities. This may include reporting disease outbreaks.
 - To public health agencies if we think there is a serious health or safety threat.
 - For government health oversight activities, such as fraud investigations.
 - To a court or administrative agency, such as to obey a court order.
 - For law enforcement purposes, such as to find a suspect.
 - To a government authority when there is abuse, neglect, or violence in the home.
 - To a coroner, medical examiner, or funeral director to

aid in deciding cause of death.

- For getting, saving, or transplanting organs, eyes, or tissue, and also in limited ways for research activities.
- For special government functions, such as for national safety.
- For job-related injuries because of state worker compensation laws.

If none of the above reasons apply, we must ask you to tell us in writing that we may use or give out your PHI before we do it.

Q. Are there other reasons you can use, share, or tell others about my PHI?

A. No, except for the situations listed above, we will not use or disclose your PHI for any other reason unless we have your written permission. If you tell us in writing that we may use or give out your PHI and change your mind, you may take back your written permission at any time. But you cannot take back your written permission if we already acted when we had your permission. Most uses and disclosures of psychotherapy notes, and uses and disclosures of PHI for marketing reasons or that are tied to a “sale” of PHI can only happen with your written permission.

Q. What are my rights with respect to my PHI?

A. **You have the right** to ask that we limit how we use and give out your PHI. You also have the right to ask us to limit how much PHI we give to someone who is involved in your care or helping pay for your care. Please note that we do not have to agree to the request.

You have the right to ask that we talk with or write to you in a different way or at a different place to protect you from danger. For example, you may ask us to send your PHI to your work address instead of your home address.

You have the right to see and ask for a copy of your PHI. You can ask to have your PHI given to you in a particular way or form, such as paper or electronic format. We will try to meet your request if it is not too difficult to provide it in that format. You may also ask that we tell you in writing about the PHI we have about you. We will respond to you within 30 days after we get your written request. If we deny your request, we will write back to you with the reasons. We will also explain your right to have our denial reviewed. We may charge you a reasonable fee based on the copy costs for labor and supplies to meet your request or for writing a description of PHI if that is what you asked for.

You have the right to get a list of times we have given

out your PHI during the six years before your request. Please note we are not required to give you a list of every time we gave out your PHI.

We do not have to tell you the times we gave out your PHI:

- Before April 14, 2003.
- For treatment, payment, and health care operation purposes.
- To you or others, if we have your written permission.
- To persons involved in your care or payment for care.
- For national safety reasons, or in special situations required by law enforcement or health oversight agencies.

We will act on your request within 60 days. Your first list will be free. We will give you one free list every 12 months if you ask for it. If you ask for another list within 12 months of getting your free list, we may charge you a fee.

You have the right to ask us to change your PHI or add missing information if you think there is a mistake in your PHI. We will respond within 60 days of getting your written request. If we deny your request, we will tell you the reasons in writing. Our written denial will also explain your right to file a written statement of disagreement. You can ask us to attach your request, our denial, and your statement of disagreement to your PHI anytime we give it out in the future.

Q. If I want to use these rights, do I have to make a written request?

A. Yes. All requests must be made in writing. You do not have to use any special form, but you can get a request form by calling our Customer Service at 970-243-7050 or 800-346-4643. Send in your request to: Rocky Mountain Health Plans, PO Box 10600, Grand Junction, CO 81502-5600.

Q. How may I complain about RMHP’s privacy practices?

A. Send your written complaint to RMHP Customer Service, Attn: Privacy, PO Box 10600, Grand Junction, CO 81502-5600. You also may complain to the Secretary of the Department of Health and Human Services. You will not be penalized for filing a complaint about our privacy practices or for using any of the rights described in this notice.

Q. What other steps do we take to protect your PHI?

A. We limit access to your PHI to those who need it in order to help us provide products or services to you.

Other policies, such as limiting access to facilities, only discussing PHI in secure areas, keeping fax machines in secure areas, requiring passwords for computer access, and checking your identity before we discuss your PHI also help to protect your information. If there is a breach of your unsecured PHI, you have the right to be notified of the breach and we will provide notice to you in writing.

Q. How will I know if my rights described in this notice change?

A We follow the terms of the notice that is now in effect. This notice is effective as of September 23, 2013. We reserve the right to change the terms of this notice and our privacy policies at any time. Then the new notice will apply to all your PHI. If we change this notice, we will put

the new notice on our website and mail a copy of the new notice to our subscribers with the next regular annual mailing after the new notice takes effect.

Q. Who should I contact to get more information or to get a copy of this notice?

A. You can do this in one of three ways:

- Visit our website: www.rmhp.org.
- Write to us: Rocky Mountain Health Plans, PO Box 10600, Grand Junction, CO 81502-5600.
- Call Rocky Mountain Customer Service: 970-243-7050 or 800-346-4643.

RMHP is a Medicare-approved Cost plan. Enrollment in RMHP depends on contract renewal. Please call our Customer Service at 888-282-1420 (TTY dial 711). Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days/week, October 1-March 31, and 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday, April 1-September 30.

Notice of Nondiscrimination

Rocky Mountain Health Plans (RMHP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, sexual orientation, or gender identity. RMHP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, sexual orientation, or gender identity.

RMHP takes reasonable steps to ensure meaningful access and effective communication is provided timely and free of charge:

- Provides free auxiliary aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters (remote interpreting service or on-site appearance)
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters (remote or on-site)
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the RMHP Member Concerns Coordinator at 800-346-4643, 970-243-7050, or TTY 970-248-5019, 800-704-6370, Relay 711; para asistencia en español llame al 800-346-4643.

If you believe that RMHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with: the RMHP EEO Officer at 800-346-4643, 970-244-7760, ext. 7883, or TTY 970-248-5019, 800-704-6370, Relay 711; para asistencia en español llame al 800-346-4643, or eeoofficer@rmhp.org. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the RMHP EEO Officer is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

RMHP is a Medicare-approved Cost plan. Enrollment in RMHP depends on contract renewal.

Multi-Language Insert



English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-346-4643 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-346-4643 (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 1-800-346-4643 (TTY: 711).
Chinese	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 1-800-346-4643 (TTY: 711)。
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-346-4643 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-346-4643 (телетайп: 711).
Amharic	ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-346-4643 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-346-4643 (رقم هاتف الصم والبكم: 117).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-346-4643 (TTY: 711).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-346-4643 (ATS : 711).
Nepali	ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-346-4643 (टिटिवाइ: 711) ।
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-346-4643 (TTY: 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。1-800-346-4643 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
Cushite/Oromo	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-346-4643 (TTY: 711).
Persian	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با - 3464-643-008-1 تماس بگیرید. (117:YTT)
Ibo/Igbo	Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-800-346-4643 (TTY: 711).
Kru-Bassa	Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̩ [Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b̩éin m̩ gbo kpáa. Đá 1-800-346-4643 (TTY: 711)
Yoruba	AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-346-4643 (TTY: 711).