



Para presentar la solicitud en línea durante el período de inscripción abierta, visite shopmodaplans.com.

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudar. Llámenos al 855-718-1767.

2026 | Solicitud para el plan de salud individual: área de servicio de Moda Select

para personas y familias de Alaska de *Municipality of Anchorage, Fairbanks North Star, Haines, Kenai Peninsula, Ketchikan Gateway, Mat-Su, Petersburg y Municipality of Skagway Borough, City and Borough of Juneau, City and Borough of Sitka, City and Borough of Wrangell, Hoonah-Angoon Census Area y Prince of Wales-Hyder Census Area*.

Su solicitud se puede revisar más rápidamente si la presenta en línea. Envíe la solicitud completa a más tardar el día 15 del mes anterior a la fecha en la que desea que su cobertura entre en vigor. En caso de recibirla después del día 15, su inscripción podría retrasarse.

Lo que necesita para completar este formulario de inscripción:

- > Para la 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 de nivel 1 (PCP) para todos 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*).

Puede inscribirse si cumple con los siguientes requisitos:

Debe marcar las casillas que figuran a continuación para confirmar que cumple con los requisitos de elegibilidad.

Confirmo lo siguiente:

Planes médicos

- Actualmente, vivo y tengo un domicilio fijo y permanente en el área de servicio.
- Resido en el área de servicio durante un mínimo de seis meses al año.
- Ni yo ni ninguno de mis dependientes estamos inscritos en Medicare ni vivimos en el área de servicio para tener cobertura de salud o por otro motivo temporal, como recibir tratamiento. Nota: Si vive en un centro de atención residencial donde recibe tratamiento, no se considera que cumple con el requisito de residencia.

Planes dentales

- Actualmente, vivo y tengo un domicilio fijo y permanente en el área de servicio.
- Resido en el área de servicio durante un mínimo de seis meses al año.
- Si tuvo una cobertura dental individual de Delta Dental que finalizó durante los últimos 12 meses: me ocurrió un evento calificado que justifica la inscripción especial o he tenido una cobertura de grupo continua desde que dejé Delta Dental.

El área de servicio de los planes dentales PPO se limita a los siguientes códigos postales:

Municipality of Anchorage			Fairbanks North Star Borough					Matanuska-Susitna Borough (Mat-Su Valley)		
99501-99511	99540	99587	99701	99706	99710	99716	99623	99654	99683	
99513-99524	99567	99599	99702	99707	99711	99725	99629	99667	99687	
99529-99530	99577	99695	99703	99708	99712	99775	99645	99674	99688	
			99705	99709	99714	99790	99652	99676	99694	

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 calificado que justifica la inscripción especial

____ / ____ / ____

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

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

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

Eventos calificados	Prueba solicitada
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se convierte en dependiente o agrega uno debido a estas opciones:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Matrimonio o unión de hecho con una pareja doméstica<input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción o colocación en adopción<input type="checkbox"/> Colocación de un hijo de crianza	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o documentación que certifique la unión de hecho Y prueba de cobertura previa para al menos un cónyuge o 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 pareja doméstica	<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"/> Otro _____	Contáctenos

Las cartas deben estar impresas en papel con membrete oficial.

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

Sección 2: > Elija un plan

Quiero que mi cobertura comience el: _____ / _____ / _____

Elijo este plan médico o dental:

Planes médicos

- Moda Select Alaska Gold 1500:
deducible de \$1,500
- Moda Select Alaska Silver 2900 Direct:
deducible de \$2,900
- Moda Select Alaska Silver 4500:
deducible de \$4,500
- Moda Select Alaska Bronze 6500:
deducible de \$6,500
- Moda Select Alaska Bronze HDHP 5500:
deducible de \$5,500
- Moda Select Alaska Standard Gold:
deducible de \$2,000
- Moda Select Alaska Standard Silver:
deducible de \$6,000
- Moda Select Alaska Standard Bronze:
deducible de \$7,500

Planes disponibles en toda Alaska

- Delta Dental Premier: deducible de \$0,
máximo anual de \$1,100¹
- Delta Dental Premier Healthy Smiles:
deducible de \$0, sin máximo anual¹
- Plan Delta Dental Premier Preventive Alaska Mandated:
deducible de \$25 por persona y \$75 por familia,
máximo anual de \$500 para todas las edades²
- Plan solo directo no certificado Delta Dental
Premier 1000: deducible de \$50 por persona y \$150 por
familia, máximo anual de \$1,000 para todas las edades²

Planes disponibles solo en Anchorage, Fairbanks North Star Borough y Mat-Su Valley

- Delta Dental PPO 1000:
deducible de \$50 por persona y \$150 por
familia, máximo anual de \$1,000¹
- Delta Dental PPO 1500: deducible
de \$50 por persona y \$150 por
familia, máximo anual de \$1,500¹
- Plan solo directo no certificado Delta Dental PPO 2000:
deducible de \$100 por persona y \$200 por familia,
máximo anual de \$2,000 para todas las edades²

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

2 Plan no certificado. No cumple con el requisito de cobertura dental pediátrica según la Ley de Cuidados Asequibles.

Para los planes certificados, el límite de pago máximo anual del plan dentro de la red no se aplica a menores de 19 años. Para los planes certificados, se aplica un desembolso máximo anual para menores de 19 años, pero debe tenerse en cuenta que el desembolso máximo se aplica dentro de la red solo para los planes PPO. Si cambia de un plan individual de Delta Dental of Alaska a otro fuera del período de inscripción abierta, cualquier monto aplicado al máximo anual se transferirá a su nuevo plan.

El plan Delta Dental Premier Preventive Alaska Mandated tiene algunas excepciones. Consulte la información sobre los planes mencionada anteriormente.

Sección 3: > Crédito para el período de exclusión de beneficios (para coberturas dentales nuevas)

Para solicitantes a partir de los 19 años de edad:

¿Ha tenido seguro 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 esperada de entrada en vigor de esta nueva póliza?

- No Sí Si Delta Dental of Alaska ofreció dicha cobertura, usted será eximido 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 un documento del empleador en el que se indiquen las fechas de inicio y finalización de su cobertura dental anterior.

Sección 4: > Otro seguro

¿Contará con otro seguro médico o dental?

- Sí, médico Sí, dental Sí, médico y dental No tendré otra cobertura

Inscripción

Indique todos los miembros de la familia para los que desea cobertura (secciones 5 a 6).

Solo su cónyuge legal, pareja doméstica y los hijos menores de 26 años son elegibles.

Debe nombrar un grupo de PCP de nivel 1 para cada solicitante. Visite "Find Care" (Buscar atención) en modahealth.com para ver si su PCP es un proveedor de nivel 1. Puede cambiarse a un grupo de PCP diferente de Moda Select 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: otro

P: prefiero 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 hawaiano o

isleño del Pacífico

P: prefiero no responder

O: otro _____

Adjunte páginas adicionales si debe incluir a más de tres hijos. He adjuntado _____ páginas.

Sección 5: > 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 afirmativa, 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			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono	Correo electrónico		
Dirección de correo postal (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código postal	Consumidor de tabaco ¹ <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sí
Nombre del PCP de nivel 1			
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 6: > Información de dependientes – Cónyuge o pareja doméstica

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)	Número del Seguro Social		
Nombre del PCP de nivel 1	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 7: > Información de dependientes – Hijos

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)	Número del Seguro Social		
Nombre del PCP de nivel 1	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 (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)	Número del Seguro Social		
Nombre del PCP de nivel 1	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 (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)	Número del Seguro Social		
Nombre del PCP de nivel 1	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 8: > Facturación y método de pago

Si elige la transferencia electrónica de fondos (EFT) o factura electrónica (eBill), la factura de la prima será electrónica y estará disponible en la sección eBill del Panel para miembros. De lo contrario, recibirá facturas impresas 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.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT), consulte el acuerdo de autorización a continuación.
- Tarjeta de débito.
- Cheque personal, giro bancario o cheque de caja.

¿Su empleador o el empleador de su cónyuge cubre o le reembolsa alguna parte de la prima de esta póliza?

- No Sí, mi empleador Sí, el empleador de mi cónyuge

En caso afirmativo, ¿qué tipo de plan de beneficios es?

- ICHRA QSEHRA No sabe

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

- > adjunte una fotocopia de un cheque personal anulado de la cuenta; o
- > indique 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 	Fecha de la firma
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 (<i>si es diferente de la dirección postal</i>):		
Ciudad	Estado	Código postal

Sección 9: > Condiciones básicas de la inscripción

Con mi firma en la sección 10, entiendo y acepto lo siguiente:

- > **Dental:** puedo recibir beneficios inferiores al monto facturado por mi proveedor cuando realizo un tratamiento con un proveedor no contratado.
- > 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 Alaska 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 las intenciones de hacerlo de forma permanente o por tiempo indefinido. Es posible que Moda Health y Delta Dental exijan prueba de residencia, que incluye, entre otros, 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.
- > 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 deltadentalak.com.

Sección 10: > Certificado de finalización y exactitud

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

Confirmo 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, cancelar o rescindir 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 	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.

Al brindarnos su información de contacto, otorga su consentimiento para recibir comunicaciones de Moda Health Plan, Inc., Delta Dental of Alaska y sus filiales y socios comerciales respecto de los beneficios, los pagos y los tratamientos de su 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.

Consulte la sección 12 para conocer los detalles sobre cómo presentar la solicitud.

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 Alaska deben haberlo designado activamente como tal.

Nombre del agente	Nombre de la agencia	NPN (N.º nacional del productor 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>) 	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/alaska/broker-commission.

Sección 12: > ¿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? (Puede enviarlo más adelante, pero sí se requiere el primer pago para poder activar la cobertura).

Envíenos su solicitud completa y firmada y sus archivos adjuntos:

Correo electrónico: escanee el formulario y envíelo a individualapp@modahealth.com

Fax: 503-219-3696

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

Documentación electrónica

¿Es nuevo en Moda Health y 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), de modahealth.com o deltadentalalak.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 recibir la Explicación de Beneficios (Explanations of Benefits, EOB) de forma electrónica.
- > 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 | deltadentalak.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 del SBC o del glosario unificado, comuníquese con Moda Health al 855-718-1767.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-605-3229 (TTY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (Người khuyết tật: 1-877-605-3229 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-605-3229 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-605-3229 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

注 : 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を探求するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-605-3229 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-605-3229 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyon tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-605-3229 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-605-3229 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

ማስለበያ፡፡ አማርኛ የሚገኘው ክፍያ የቃንቃ ድርጅቶች በነፃ ደቀርብዎች፣ መረጃዎች በተደረገው ቅርጫት ለማቅረብ ተገቢ የህን ተጨማሪ እንዱወች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ደን኏ለ፡፡ በስልክ ቅጽ 1-877-605-3229 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት እቅራቢዎን የፍንጂ፡፡

FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo aaya sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac 1-877-605-3229 (TTY: 711) ama la hadal bixiyahaaga.

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电（文本电话：1-877-605-3229（TTY: 711）或咨询您的服务提供商。

ເຊື່ອງຈາກ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ລະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ.
ມີເຄື່ອງຈ່ວຍ ແລະ
ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເຫັນຈະສົມຜູ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບ
ແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າຕົກໄດ້. ໂທຫາລີ 1-877-605-3229
(TTY: 711) ຫຼື ວິນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย
เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาพาร์ก นอกจักรนี
ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึง
ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-877-605-3229
(TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

تجھے دین: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیسیٹس میں معلومات فراہم کرذ کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔
(TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔"

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau
1-877-605-3229 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

सावधानः यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका
लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्।
पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त
सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्।
1-877-605-3229 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो
प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

ശ്രദ്ധിക്കുക: നിങ്ങൾ മലയാളം ഭാഷ
സംസാരിക്കുമെങ്കിൽ, സഞ്ജന്യ ഭാഷാ
സഹായ സേവനങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക്
ലഭ്യമാണ്. ആക്കസസ് ചെയ്യാവുന്ന
ഫോർമാറ്റുകളിൽ വിവരങ്ങൾ
നൽകാനുള്ള ഉചിതമായ അനുബന്ധ
സഹായങ്ങളും സേവനങ്ങളും കുട
സഞ്ജന്യമായി ലഭ്യമാണ്. 1-877-605-3229
(TTY: 711) ലേക്ക് വിളിക്കുക അല്ലെങ്കിൽ
നിങ്ങളുടെ ഭാതാവിനോട്
സംസാരിക്കുക.

PANANGIKASO: No agsasaoka iti Ilocano, magunodmo dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti ma-akses a pormat. Awagan ti 1-877-605-3229 (TTY: 711) wenna makisarita iti mangipapaay kenka.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-605-3229 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యూక్రొన్ చేయగల పౌర్ణామ్రిత్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-877-605-3229 (PTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రోవైడర్తో మాట్లాడండి.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوظيف المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 877-605-3229 (TTY: 711).

AKIYESI: Ti o ba sọ Yorùbá, awọn işe iranlọwó
ede ọfẹ wa fun o. Awọn iranlọwó iranlọwó ti o ye
ati awọn işe lati pese alaye ni awọn ḥona kika
wiwóle tun wa laisi idiyele. Pe 1-877-605-3229
(TTY: 711) tabi soro si olupese re.

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-877-605-3229 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.