

2026 | Solicitud para el plan de salud individual: Área de servicio de Affinity

para personas y familias de todos los condados de Oregón.

Su solicitud se puede revisar más rápidamente si la presenta en línea.

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 (PCP) dentro de la red 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.

Confirmando lo siguiente:

Planes médicos

- ☐ Vivo actualmente, y tengo domicilio de residencia fijo y permanente, en el área de servicio.
- ☐ Resido en el área de servicio durante un mínimo de 6 meses al año.
- ☐ Los hijos que viven fuera del área de servicio son estudiantes o cuentan con una orden médica calificada de manutención de los hijos (QMCSO).
- ☐ Ni yo ni ninguno de los dependientes que se inscriban estamos en Medicare ni residimos en el área de servicio solo por motivos temporales, 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

- ☐ Tengo un domicilio permanente en Oregón y resido allí al menos seis meses al año.
- Si tuvo una cobertura dental individual de Delta Dental que finalizó durante los últimos 12 meses:
- ☐ Experimenté un evento calificado que justifica la inscripción especial o he tenido una cobertura dental de grupo continua desde que dejé Delta Dental.

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 y el documento que presenta como prueba (no corresponde a la cobertura dental).

Eventos calificados	Prueba solicitada
<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 registrada con una pareja doméstica (RDP)<input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción o colocación en adopción<input type="checkbox"/> Colocación de un hijo de crianza	<input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o documentación que certifique la unión de hecho Y prueba de cobertura previa para al menos un cónyuge o pareja
<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura por cumplir 26 años	<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o papeles de adopción
<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura por disolución del matrimonio o de la RDP	<input type="checkbox"/> Orden judicial de manutención infantil o de otro tipo
<input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad para una cobertura de grupo	<input type="checkbox"/> Carta del empleador u otra compañía de seguros que confirme la pérdida de cobertura debido a la edad
<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"/> Papeles de divorcio u otra documentación gubernamental que demuestre el fin del matrimonio o de la pareja
<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura de Medicaid	<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"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Aviso de cancelación de cobertura. Debe incluir fechas de inicio y finalización de la cobertura.
	<input type="checkbox"/> Aviso del programa estatal sobre la pérdida de cobertura
	Contáctenos

Las cartas deben estar impresas en papel con membrete oficial.

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

Sección 2 ▶ Elija un plan

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

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

Elija este plan médico o dental:

Planes médicos

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Standard Gold (Affinity) | <input type="checkbox"/> Silver 2900 Direct ¹ | <input type="checkbox"/> Silver 4500 |
| <input type="checkbox"/> Standard Silver (Affinity) | <input type="checkbox"/> Silver 3000 ¹ | <input type="checkbox"/> Silver 6000 |
| <input type="checkbox"/> Standard Bronze (Affinity) | <input type="checkbox"/> Silver 3400 | <input type="checkbox"/> Bronze 8000 |
| <input type="checkbox"/> Gold 250 ¹ | <input type="checkbox"/> Silver 3500 Direct | <input type="checkbox"/> Bronze 9000 |
| <input type="checkbox"/> Gold 1000 ¹ | <input type="checkbox"/> Silver 3650 Direct | <input type="checkbox"/> Bronze HDHP 7500 |
| <input type="checkbox"/> Gold 1500 | <input type="checkbox"/> Silver 4400 Direct | <input type="checkbox"/> Ninguna cobertura médica |

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

Planes dentales

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

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

Si cambia de un plan individual de Delta Dental a otro debido a un evento que justifica una inscripción especial, cualquier monto aplicado al límite de pago máximo anual del plan se transferirá a su nuevo plan.

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 Plan of Oregon le brindaba esa 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).

Puede inscribir solo a su cónyuge legal o pareja doméstica y a los hijos menores de 26 años. Los hijos que son estudiantes a tiempo completo en escuelas fuera de casa o con una QMCSO pueden estar cubiertos fuera del área de servicio. Adjunte la QMCSO o documentación de la inscripción de su hijo en una escuela fuera del área.

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

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

Utilice estos códigos para completar la información de cada miembro:

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

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

De ser necesario, adjunte páginas adicionales para incluir a más de 3 niños. 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	Condado
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		
Dirección de correo postal (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código postal	Consumidor de tabaco ¹ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Nombre del PCP dentro de la red			
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

1 Usted se considera consumidor de tabaco cuando ha consumido tabaco legalmente en cualquier forma (que no sea religiosa o ceremonial) 4 o más veces por semana, en promedio, durante los últimos 6 meses.

Sección 6 ▶ Información de dependientes: Cónyuge o RDP

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

Sección 7 > Información de dependientes : Hijos elegibles

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

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

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

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

Sección 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.
- ☐ EFT (consulte el acuerdo de autorización a continuación).
- ☐ 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 ☐ Sí, el empleador de mi cónyuge

En caso afirmativo, ¿qué tipo de plan de beneficios es? ☐ ICHRA ☐ QSEHRA ☐ No sé

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

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

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

Sección 9 > Condiciones básicas de la inscripción

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

- > Esta solicitud no constituye una oferta de cobertura. La cobertura no comenzará hasta que Moda Health o Delta Dental reciban esta solicitud, la revisen y asignen una fecha de entrada en vigor.
- > Esta solicitud formará parte de mi póliza.
- > Tengo derecho a analizar y devolver la póliza en un plazo de 10 días después de haberla recibido.
- > Estos son los requisitos para que la cobertura sea aceptada:
 - A. El suscriptor debe ser residente de Oregón para solicitar y mantener la cobertura de un plan de Moda Health o Delta Dental. El término "residente" se refiere a una persona que vive en el área de servicio del plan y que tiene 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.
- > Si elijo un plan de Moda Health o Delta Dental que no incluya beneficios dentales pediátricos, certifico que yo y mis dependientes en la solicitud hemos obtenido u obtendremos un plan dental pediátrico certificado por el Mercado de Seguros Médicos.
- > **Cobertura médica:** debo consultar a proveedores dentro de la red. No hay cobertura fuera de la red, excepto para servicios de emergencia, servicios de farmacia minorista y servicios en un centro dentro de la red cuando no tengo la oportunidad de elegir un proveedor dentro de la red, o para los hijos que viven fuera del estado, pero en los EE. UU., que cuentan con una QMCSO o que son estudiantes a tiempo completo.
- > **Cobertura dental:** comprendo que puedo recibir beneficios inferiores al monto facturado por mi proveedor cuando realizo un tratamiento con un proveedor no contratado.
- > No hay beneficios disponibles en el plan de Moda Health o Delta Dental para los servicios o suministros, incluidos los asociados a una internación, que se hayan recibido antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- > Los cambios en las leyes o normas estatales o federales pueden modificar los beneficios o tarifas del plan que elegí. Los cambios entrarán en vigor el 1.º de enero.
- > Independientemente de la fecha de mi inscripción, la prima del plan se renovará el 1.º de enero.
- > He leído la declaración de privacidad de Moda Health y Delta Dental que está disponible en modahealth.com y deltadentalor.com.

Sección 10 > Certificado de finalización y exactitud

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

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

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

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

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

Si se inscribe:

Cónyuge o pareja doméstica	Fecha
Hijo mayor de 18 años	Fecha
Hijo mayor 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 brindar mi información de contacto, otorgo consentimiento para recibir comunicaciones de Moda Health Plan, Inc., Delta Dental Plan of Oregon, y sus filiales y socios comerciales respecto de los beneficios, los pagos y los tratamientos del plan de salud.

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

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 Oregon deben haberlo designado activamente como tal.

Nombre del agente	Nombre de la agencia	NPN
Teléfono	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal

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

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

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

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

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

Envíenos su solicitud completa y firmada y sus archivos adjuntos:

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 deltadentalor.com. Cuando inicie sesión en el Panel para miembros podrá hacer lo siguiente:

- > Consultar el Manual para miembros.
- > Ver cómo se pagaron sus reclamos al optar por recibir la explicación de beneficios 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 | deltadentalor.com

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

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

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

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）な形式で情報を提供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 Sprachassistenzen 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 serbisyonang 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 українською мовою, 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».

ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-877-605-3229 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።

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 ayaa 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。

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ.
ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ
ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບ
ແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-877-605-3229
(TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

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

توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی
خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے
کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔
(TTY: 711) 1-877-605-3229 پر کال کریں یا ایسے 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.

सावधान: 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: നിങ്ങളുടെ മലയാളം ഭാഷ
സംസാരിക്കുമെങ്കിൽ, സൗജന്യ ഭാഷാ
സഹായ സേവനങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക്
ലഭ്യമാണ്. ആകസ്മികമായി
ഫോൺമാറ്റുകളിൽ വിവരങ്ങൾ
നൽകാനുള്ള ഉചിതമായ അനുബന്ധ
സഹായങ്ങളും സേവനങ്ങളും കൂടെ
സൗജന്യമായി ലഭ്യമാണ്. 1-877-605-3229
(TTY: 711) ലേക്ക് വിളിക്കുക അല്ലെങ്കിൽ
നിങ്ങളുടെ ദാതാവിനോട്
സംസാരിക്കുക.

PANANGIKASO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-
odmo 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) wenno
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. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్‌లలో
సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక
సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా
అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-877-605-3229
(TTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రావైడర్‌తో
మాట్లాడండి.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة
اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير
المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم
877-605-3229 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

AKIYESI: Ti o ba sọ Yorùbá, awọn işe iranlọwọ
ede ọfẹ wa fun ọ. Awọn iranlọwọ iranlọwọ ti o yẹ
ati awọn işe lati pese alaye ni awọn ọna kika
wiwọle tun wa laisi idiyele. Pe 1-877-605-3229
(TTY: 711) tabi sọrọ si olupese rẹ.

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.