

2027년 대기업 그룹 가입 및 변경 신청서

의료 플랜은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. 치과 HMO 및 PPO 플랜은 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 제공하고 관리합니다. 시력 관리 플랜은 Health Net Life Insurance Company에서 보증하고 EyeMed Vision Care, LLC("EyeMed")에서 관리합니다. 생명/AD&D 보험 플랜은 Health Net Life Insurance Company가 제공합니다.

DBP 및 EyeMed 모두 Health Net과 제휴되어 있지 않습니다. 치과 플랜에 따른 의무는 Health Net의 의무가 아니며, Health Net에서 보장하지 않습니다.

Health Net에 가입하신 것을 환영합니다!

간단한 양식 작성 단계:

1. 가입 패키지에 동봉된 자료를 검토하십시오. 고용주가 귀하에게 제공하는 보장 옵션을 숙지하십시오.
- 2a. **본인 및/또는 피부양자들에 대한 보장을 거부하는 경우** 섹션 7을 작성해야 합니다. 다른 섹션은 작성하지 마십시오.
- 2b. **본인 및/또는 피부양자들에 대한 보장을 수락하는 경우** 섹션 1, 2, 3, 4(해당되는 경우), 5, 8을 작성해야 합니다.

건강 보험 개혁법(ACA)에 따라 Health Net은 IRS에 귀하 등록자인 귀하와 보장 대상 피부양자들에 대한 의료 보장 확인서를 제공해야 합니다. IRS는 이 정보를 사용하여 각 가입자가 필수 보장에 가입되어 있는지 확인합니다. 가입하는 본인 및 각 피부양자의 사회 보장 번호(SSN)가 정확한지 확인하십시오. 개인 공동 책임 지불 규정에 대한 자세한 내용은 <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>을 참조하십시오.

3. HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access(EOA), Select POS 또는 치과 HMO 플랜에 가입하는 경우, 참여 의사 그룹(PGP), 일차 진료의(PCP) 또는 치과 공급자를 선택해야 합니다. Health Net의 온라인 ProviderSearch(공급자 검색) 도구에 나와 있는 이름과 전화번호를 그대로 기재하십시오.

주의: PGP, PCP 및/또는 치과 공급자를 선택하지 않으면 임의로 지정됩니다.

4. PPO 플랜에 가입하는 경우에는 가입을 위해 PGP 또는 PCP를 선택할 필요가 없습니다.
5. 작성이 완료된 신청서의 사본을 기록용으로 보관하십시오. **수정이 필요한 경우 잘못된 정보에 줄을 긋고, 그 옆에 올바른 정보를 명확하게 적은 다음 수정 사항을 알아볼 수 있는지 확인하십시오.**

관리자 전용:

기존 비즈니스/그룹

PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
www.healthnet.com

신규 비즈니스/그룹

작성된 모든 서류를 지정된
계정 담당자 또는 중개인에게
보내주십시오.

고용주 작성란

고용주 이름:

요청 효력 발생일:

/ /

고용주 그룹 번호(의료):

직원 자격 취득 날짜(신규 채용만 해당):

☐ 채용일과 동일 ☐ 기타:

/ /



health net™

중요: 모든 섹션은 검은색 펜을 사용하여 정자체로 작성해 주십시오. 플랜을 선택하기 전에 혜택 및 보장 요약서(SBC)를 볼 수 있는 권리가 있습니다. 선택한 플랜의 SBC가 없는 경우 고용주에게 문의하시기 바랍니다.

1. 건강 보험 정보(보장 항목 선택)

HMO

☐ HMO ☐ SmartCare HMO¹ ☐ ExcelCare HMO² ☐ Salud HMO y Más³ ☐ EOA ☐ ExcelCare EOA² ☐ Select POS

☐ 기타:

PPO

☐ PPO ☐ OOS PPO ☐ HSA-compatible PPO ☐ OOS HSA-compatible PPO

☐ 기타:

치과 및 시력 관리

☐ 치과(DHMO) ☐ 치과(DPPO) ☐ 시력 관리(PPO)

2. 신청 이유

기존 계약 변경

- ☐ 플랜 변경
☐ 주소 변경(우편/우편번호)
☐ 피부양자 삭제
☐ 생년월일 변경
☐ 이름 변경
☐ 이전 보장 복구
☐ 기타:

☐ 신규 채용/신규 자격 취득

☐ 공개 가입

☐ 이전 보장 상실

특별 가입 기간

적격 사유 발생일:

/ /

COBRA

☐ 효력 발생일: / /

COBRA 적격 사유 발생일: / /

COBRA 적격 사유 발생일: / /

배우자/피부양자 추가:

☐ 결혼

☐ 출생/입양/법적 후견인/법원 명령/부모-자녀 관계 성립

☐ 이전 보장 상실: / /

☐ 기타(구체적으로 기재):

3. 직원 개인 정보

성:

이름:

중간 이름
이니셜:

☐ 남성
☐ 여성

거주지 주소:

시:

주:

우편번호:

우편 주소(해당하는 경우):

시:

주:

우편번호:

생년월일(월/일/년):

/ /

사회 보장 번호/Matricular ID 번호(모든 신청자 필수):

직함:

전화번호:

()

직장 전화번호:

()

이메일 주소:

채용 날짜(월/일/년):

/ /

부서 번호:

혼인 상태:

☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 동거 파트너

안내문 및 플랜 정보를 스페인어로 받고 싶습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

참여 의료 그룹 이름:

일차 진료의 이름:

PPG 및 의사 가입 ID 번호:

현재 이용 중인 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

¹Los Angeles, Marin, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara, Santa Cruz 카운티 전체 또는 일부 지역에서 이용할 수 있습니다.

²Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco, Santa Clara, Stanislaus, Ventura 카운티 전체 또는 일부 지역에서 이용할 수 있습니다.

³Imperial 및 Orange 카운티와 Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego, San Bernardino 카운티의 일부 우편번호 지역에서 이용할 수 있습니다.

4. 가족 정보 – 가입 자격이 있는 모든 가족 구성원을 기재해 주십시오.

(필요한 경우 별지를 첨부하십시오.)

배우자/동거 파트너 ☐ 남 ☐ 여	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주지 /우편 주소: ☐ 등록자와 동일한 경우 여기에 표시	시:	주:	우편번호:
생년월일(월/일/년): / /	사회 보장 번호/Matricular ID 번호:		
참여 의료 그룹 이름:	일차 진료의 이름:		
PPG 및 의사 가입 ID 번호:	현재 이용 중인 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		

☐ 아들 ☐ 딸	장애가 있는 피부양자: ☐ 예 ☐ 아니요 '예'인 경우, 26세 초과 피부양자에 대해서는 장애 증명서를 제출해 주십시오.		
성:	이름:	중간이름 이니셜:	
거주지 주소: ☐ 등록자와 동일한 경우 여기에 표시	시:	주:	우편번호:
생년월일(월/일/년): / /	사회 보장 번호/Matricular ID 번호:		
참여 의료 그룹 이름:	일차 진료의 이름:		
PPG 및 의사 가입 ID 번호:	현재 이용 중인 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		

☐ 아들 ☐ 딸	장애가 있는 피부양자: ☐ 예 ☐ 아니요 '예'인 경우, 26세 초과 피부양자에 대해서는 장애 증명서를 제출해 주십시오.		
성:	이름:	중간이름 이니셜:	
거주지 주소: ☐ 등록자와 동일한 경우 여기에 표시	시:	주:	우편번호:
생년월일(월/일/년): / /	사회 보장 번호/Matricular ID 번호:		
참여 의료 그룹 이름:	일차 진료의 이름:		
PPG 및 의사 가입 ID 번호:	현재 이용 중인 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		

☐ 아들 ☐ 딸	장애가 있는 피부양자: ☐ 예 ☐ 아니요 '예'인 경우, 26세 초과 피부양자에 대해서는 장애 증명서를 제출해 주십시오.		
성:	이름:	중간이름 이니셜:	
거주지 주소: ☐ 등록자와 동일한 경우 여기에 표시	시:	주:	우편번호:
생년월일(월/일/년): / /	사회 보장 번호/Matricular ID 번호:		
참여 의료 그룹 이름:	일차 진료의 이름:		
PPG 및 의사 가입 ID 번호:	현재 이용 중인 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		

5. 귀하 또는 피부양자가 다른 의료 보장에 가입되어 있습니까?

☐ 아니요 ☐ 예 '예'인 경우 Medicare를 포함하여 이 섹션을 작성하십시오.

☐ 본인	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일 (월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/보험 증권 ID 번호:	보장 여부 의료: ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 시력 관리: ☐ 예 ☐ 아니요
		Medicare: ☐ 파트 A ☐ 파트 B	Medicare 클레임/ HICN 번호:

☐ 배우자 ☐ 동거 파트너	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일 (월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/보험 증권 ID 번호:	이 보험이 피부양자의 주 보험입니까? ☐ 예 ☐ 아니요
		보장 여부 의료: ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 시력 관리: ☐ 예 ☐ 아니요	Medicare: ☐ 파트 A ☐ 파트 B
		Medicare 클레임/ HICN 번호:	

☐ 아들 ☐ 딸	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일 (월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/보험 증권 ID 번호:	이 보험이 피부양자의 주 보험입니까? ☐ 예 ☐ 아니요
		보장 여부 의료: ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 시력 관리: ☐ 예 ☐ 아니요	Medicare: ☐ 파트 A ☐ 파트 B
		Medicare 클레임/ HICN 번호:	

☐ 아들 ☐ 딸	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일 (월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/보험 증권 ID 번호:	이 보험이 피부양자의 주 보험입니까? ☐ 예 ☐ 아니요
		보장 여부 의료: ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 시력 관리: ☐ 예 ☐ 아니요	Medicare: ☐ 파트 A ☐ 파트 B
		Medicare 클레임/ HICN 번호:	

☐ 아들 ☐ 딸	이름:	다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일 (월/일/년): / /
이전 보장 종료일 (월/일/년): / /	보장 종료 이유:	그룹 번호/보험 증권 ID 번호:	이 보험이 피부양자의 주 보험입니까? ☐ 예 ☐ 아니요
		보장 여부 의료: ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 시력 관리: ☐ 예 ☐ 아니요	Medicare: ☐ 파트 A ☐ 파트 B
		Medicare 클레임/ HICN 번호:	

6. 그룹 정기 생명 보험(해당하는 경우) (추가 또는 차순위 수혜자는 별지를 첨부하십시오.)

생명/사망 및 상해 보장: ☐ 예 ☐ 아니요 '예'인 경우, 이 섹션을 작성하십시오.

생명 보험 수혜자(성명):	관계:	%
생명 보험 수혜자(성명):	관계:	%
생명 보험 수혜자(성명):	관계:	%
생명 보험 수혜자(성명):	관계:	%

7. 보장 거부(귀하 또는 유자격 피부양자가 보장을 거부하는 경우 이 섹션을 작성하십시오.)

직원 개인 정보

성:	이름:	중간 이름 이니셜:	사회 보장 번호/Matricular ID 번호:
의료 보장 거부 대상: ☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 동거 파트너 ☐ 피부양자 이름: _____		사유: ☐ 본 고용주를 통한 다른 그룹 보험 보장 ☐ 개인 보험 보장 ☐ 다른 그룹 보험 보장(예: 배우자 직장) ☐ 기타: _____	
치과 보장 거부 대상: ☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 동거 파트너 ☐ 피부양자 이름: _____		사유: ☐ 본 고용주를 통한 다른 그룹 보험 보장 ☐ 개인 보험 보장 ☐ 다른 그룹 보험 보장(예: 배우자 직장) ☐ 기타: _____	
시력 관리 보장 거부 대상: ☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 동거 파트너 ☐ 피부양자 이름: _____		사유: ☐ 본 고용주를 통한 다른 그룹 보험 보장 ☐ 개인 보험 보장 ☐ 다른 그룹 보험 보장(예: 배우자 직장) ☐ 기타: _____	

보장을 거부하는 경우에만 서명하십시오. - 주의 깊게 읽으십시오.

본인은 본인 및/또는 피부양자(들)에 대한 보장을 거부하기로 결정했습니다. 본인은 본인과 피부양자가 다음 연례 공개 가입 기간 또는 적격 사유 발생 시 적용되는 특별 가입 기간까지 가입을 기다려야 할 수 있음을 인정합니다. 고용주로부터 이용할 수 있는 보장에 관해 설명을 들었으며, 이용할 수 있는 보장을 신청할 기회가 주어졌습니다. 또한 아래에 서명함으로써 본인은 보험 보장을 거부하는 사유가 위에 체크 표시한 대로 정확함을 확인합니다.

직원 서명:

(보장을 거부하는 경우에만 서명하십시오. 잘못 서명한 경우 해당 서명에 줄을 긋고 본인의 이니셜을 기재해 주십시오.)

날짜: _____

8. 보장 수락(서명이 필요합니다.)

California 법에 따라 건강 보험 보장을 받기 위한 조건으로 건강 보험 회사가 HIV 검사를 요구하거나 사용하는 것은 금지되어 있습니다.

승인 및 동의: 본인은 Health Net 및/또는 DBP에 가입하거나 서비스를 수락함으로써, 본인과 가입된 모든 피부양자가 플랜 계약 또는 보험 증권에의 약관, 조건 및 규정을 이해하고 이를 준수할 의무가 있음을 이해하고 이에 동의합니다.⁴ 본인은 이 신청서의 약관을 읽고 이해했으며, 아래의 서명은 이 신청서에 기재된 정보가 본인이 아는 한 완전하고 사실이며 정확함을 확인하고, 본인이 이러한 약관을 수락함을 의미합니다.

구속력 있는 중재 합의: 본인(신청자)은 45 CFR 147.136에 정의된 불리한 혜택 결정에 관한 분쟁을 제외하고 본인(가입된 가족 구성원, 상속인 또는 개인 대리인 포함)과 Health Net 사이의 모든 분쟁이 배심원 또는 법원 재판 대신 개별적이고 최종적이며 구속력 있는 중재에 회부되어야 하며, 본인이 집단 중재에 대한 모든 권리를 포기함을 이해하고 이에 동의합니다. 본 중재 합의에는 법적 근거와 관계없이 보험 보장 증서 또는 보험 증명서 또는 본인의 Health Net 가입자 자격이나 보장으로 인해 발생하거나 이와 관련된 모든 분쟁이 포함됩니다. 모든 분쟁을 중재하기 위한 본 합의는 의료 공급자나 그 대리인 또는 직원과 같은 다른 당사자가 분쟁에 연루된 경우에도 적용됩니다. 본인은 모든 분쟁을 개별적이고 최종적이며 구속력 있는 중재에 회부하는 데 동의함으로써 Health Net을 포함한 모든 당사자가 분쟁을 법원에서 배심원단이 결정하게 하는 헌법상의 권리를 포기하는 것임을 이해합니다. 또한 본인은 의료 과실(제공된 의료 서비스가 불필요했거나 승인되지 않았거나 부적절, 부주의 또는 불완전하게 제공되었는지 여부) 클레임과 관련하여 본인이 Health Net과 가질 수 있는 분쟁도 최종적이고 구속력 있는 중재의 대상임을 이해합니다. 본인은 더욱 상세한 중재 조항이 보험 보장 증서 또는 보험 증명서에 포함되어 있음을 이해합니다. 아래 본인의 서명은 본인이 이 구속력 있는 중재 합의의 약관을 이해하고 이에 동의하며, 모든 분쟁을 법원 대신 구속력 있는 중재에 회부하는 데 동의함을 나타냅니다.

직원 서명:

(보장을 수락하는 경우에만 서명하십시오. 잘못 서명한 경우 해당 서명에 줄을 긋고 본인의 이니셜을 기재해 주십시오.)

날짜: _____

⁴"플랜 계약"은 Health Net of California, Inc. 및/또는 Dental Benefit Providers of California, Inc. 그룹 서비스 동의 및 보험 보장 증서를 의미합니다. "보험 증권"은 Health Net Life Insurance Company 그룹 보험 증권 및 보험 증명서를 의미합니다.

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하거나 보장에 대해 질문이 있으시면 아래 수신자 부담 전화번호로 Health Net 가입자 서비스에 문의해 주십시오.

영어	800-522-0088
광둥어	877-891-9050
한국어	877-339-8596
중국어	877-891-9053
스페인어	800-331-1777
타갈로그어	877-891-9051
베트남어	877-339-8621

치과, 시력 또는 생명 보장에 대해 질문이 있으시면 아래 전화번호로 문의해 주십시오.

치과	866-249-2382
시력 관리	866-392-6058
생명	800-865-6288

PPG 또는 PCP에 대해 질문이 있으시면 PPG에 직접 전화하거나 800-641-7761번으로 Health Net 공급자 서비스에 문의하십시오.

영구 ID 카드를 받을 때까지 Health Net 가입 양식 사본을 임시 ID 카드로 사용하실 수 있습니다.

응급 및 긴급하게 필요한 진료

- 생명이 위급하거나 응급 상황인 경우:
911에 전화하거나 가장 가까운 병원으로 가십시오.
- 상황이 심각하지 않은 경우: 일차 진료의 또는 의사 그룹에 전화할 수 없거나 즉시 의료적 진료가 필요한 경우 가장 가까운 병원 또는 긴급 진료 센터/시설로 가십시오.
- 귀하 의사 그룹의 서비스 지역 밖에 있는 경우:
가장 가까운 병원 또는 의료 센터로 가시거나 911에 전화하십시오. 모든 경우에 귀하의 일차 진료의 또는 참여 의사 그룹에 가능한 한 빨리 연락하여 귀하의 상태를 알리십시오.
- 입원 후 48시간 이내에 또는 가능한 한 빨리 ID 카드에 있는 전화번호로 연락하십시오.

사전 인증

귀하는 가입자로서 특정 서비스에 대한 인증을 받을 책임이 있습니다. 사전 인증이 필요한 서비스 목록은 귀하의 플랜 증명서를 확인하십시오. **사전 인증을 받으려면 800-522-0088번으로 연락해 주십시오.**

장애 조건

귀하 또는 가족 구성원이 이전 건강 보험사의 보장 종료 날짜를 기준으로 장애가 있었고 보장 상실이 고용주의 보험 증권 종료로 인한 것이라면 California 보험법 섹션 10128에 따라 건강 보험 혜택을 연장할 수 있습니다. 이 법률에 따라 이전 보험사는 (a) 가입자가 더 이상 완전한 장애가 아닌 경우, (b) 이전 보험사의 최대 보장 혜택이 지급된 경우, 또는 (c) 이전 보험사의 보장이 종료된 날짜로부터 연속 12개월의 기간이 경과한 경우 중 하나가 처음 발생할 때까지 책임을 유지합니다.

보험 상품/회사

Health Net of California, Inc.에서 제공하는 보험 상품: PPO, PPO HSA, HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access (EOA), Select POS.

Dental Benefit Providers of California, Inc.에서 제공하는 상품: 치과 HMO 및 PPO.

Health Net Life Insurance Company에서 제공하는 상품: 생명 보험 및 AD&D 보험.

Health Net Life Insurance Company에서 보증하고 EyeMed Vision Care, LLC에서 관리하는 상품: PPO 시력 관리

보장 거부

다른 건강 보험의 보장으로 인해 본인 또는 유자격 피부양자에 대한 보장을 거부했는데 해당 보장을 상실한 경우 또는 결혼, 동거, 출생, 입양, 입양 배정 또는 친자 관계 추정으로 인해 새로운 피부양자가 생긴 경우, 귀하와 해당 피부양자는 특별 가입 권리를 받을 자격이 될 수 있습니다. 귀하는 보장 상실 또는 새로운 피부양자가 생긴 후 30일 이내에 특별 가입을 요청하셔야 합니다.

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية، أو اتصل على مركز الاتصال التجاري **1-800-522-0088** (TTY: 711)

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 **1-800-522-0088** (TTY: 711)。

Hindi

बनिा लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषयिा प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या **1-800-522-0088** (TTY: 711)।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Xav tau kev pab, hu peb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav los yog hu **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、**1-800-522-0088**、(TTY: 711)。

Khmer

សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន **1-800-522-0088** (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hólq. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néího'dólzínígií bikáa'gi béesh bee hane'í bikáá' áají' hodíílnih éi doodaii' **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Panjabi (Punjabi)

ਬਨਿੰ ਕਸਿ ਲਾਗਤ ਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочесть документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตาม หมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).