小型企業

2026 年團體投保和變更申請

健保計畫由 Health Net of California, Inc. 提供。人壽/意外身故及殘廢（AD&D）計畫由 Health Net Life Insurance Company（統稱「Health Net」）核保。兒科牙科以外的 Health Net Dental HMO 和 PPO 計畫是由 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP) 提供和管理。兒科視力以外的視力計畫由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 EyeMed Vision Care, LLC（「EyeMed」）提供服務。

兒科牙科 HMO 和 PPO 計畫是由 Health Net of California, Inc. 提供，並由 DBP 管理。

DBP 和 EyeMed 都不隸屬於 Health Net。兒科牙科以外的牙科計畫義務不是 Health Net 的義務，也不受 Health Net 的保證。

歡迎加入 Health Net

填寫表格的簡單步驟：

1. 查看您投保資料包中所附的資料。確保您瞭解雇主為您提供的保險選項。

2a. **如果您拒絕為自己和/或您的眷屬投保**，則需要填寫第 7 部分。不要填寫任何其他部分。

2b. **如果您接受為自己和/或您的眷屬投保**，則需要填寫第 1、2、3、5 和 8 部分。

《平價醫療法案》（ACA）要求 Health Net 向美國國稅局提供您自己作為保戶和受保眷屬的醫療保險確認。美國國稅局使用這些資訊來確認每個會員都有最低基本承保。此外，加州參議院法案 78 要求所有居民及其眷屬取得並維持每月最低基本承保。也會向 Franchise tax Board（特許經營稅委員會）提供社會安全局號碼（SSN）。我們要求您為您自己和您投保的每個眷屬提供準確的社會安全局號碼（SSN）或稅務識別號碼（TIN）。 會在投保 Salud HMO y Más 計畫時向任何居住於墨西哥的投保者要求 Matricular ID 號碼。瞭解有關個人分擔責任支付條款的更多資訊，請造訪 http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision 。

3. 如果您選擇投保 Full HMO、WholeCare HMO、SmartCare HMO、Salud HMO y Más 或 Dental HMO（DHMO）計畫，您必須選擇您的簽約醫師團體（PPG）、主治醫師（PCP）或牙科醫療服務提供者。請務必填寫 Health Net 線上 ProviderSearch 工具中顯示的姓名和數字。

   注意：如果您沒有選擇 PPG、PCP 和/或牙科醫療服務提供者，我們將為您選擇一位。

4. 如果您選擇入保 PPO 計畫，則無需選擇入保 PPG 或 PCP。

5. 將填寫好的申請書複印一份，作爲存檔。**如果需要更正，請劃掉並在每項更正旁寫上姓名首字母。請不要使用塗改液產品。**

僅供行政管理使用：

現有企業/團體
PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
www.healthnet.com

新企業/團體
請將所有已完成的檔案發送給您指定的帳戶主管或經紀人。

由雇主填寫	
雇主名稱：	
請求的生效日期：	雇主團體號碼（醫療）：
員工符合投保資格日期（*僅限新員工*）： ☐ 與聘用日期相同 ☐ 其他：_____	

重要事項：請用黑色墨水筆工整填寫所有部分。在選擇計畫之前，您有權查看福利及承保範圍摘要(SBC)。如果您沒有所選計畫的 SBC，請聯繫您的雇主。

1.健保計畫資訊（所有醫療計畫包括兒科牙科和視力承保範圍）。

Full HMO 網絡[1]			SmartCare HMO 網絡[2]		
Platinum ☐ $0 ☐ $10 ☐ $20 ☐ $30 ☐ $35	**Gold** ☐ $30 ☐ $35 ☐ $40 ☐ $50 ☐ $55	**Silver** ☐ $55	**Platinum** ☐ $0 ☐ $10 ☐ $20 ☐ $30 ☐ $35	**Gold** ☐ $30 ☐ $35 ☐ $40 ☐ $50 ☐ $55	**Silver** ☐ $55
WholeCare HMO 網絡[1]			**Salud HMO y Más 網絡[3]**		
Platinum ☐ $0 ☐ $10 ☐ $20 ☐ $30 ☐ $35	**Gold** ☐ $30 ☐ $35 ☐ $40 ☐ $50 ☐ $55	**Silver** ☐ $55	**Platinum** ☐ $0 ☐ $10 ☐ $20 ☐ $30 ☐ $35	**Gold** ☐ $30 ☐ $35 ☐ $40 ☐ $50 ☐ $55	**Silver** ☐ $55

Full PPO 網絡

☐ Platinum PPO 0/5	☐ Gold PPO 500/20	☐ Gold HDHP PPO 1800/20%	☐ Silver PPO 2500/50
☐ Platinum PPO 0/15	☐ Gold PPO 750/15	☐ Silver HDHP PPO 1800/50%	☐ Silver PPO 2500/55
☐ Platinum PPO 250/15	☐ Gold PPO 1000/35	☐ Silver PPO 1700/50	☐ Bronze PPO 5800/60
☐ Gold PPO 0/35	☐ Gold PPO 1500/20	☐ Silver PPO 2250/60	☐ Bronze HDHP 7200/0%
☐ Gold PPO 350/25			

其他計畫：

_____

牙科 (DHMO)	牙科 (DPPO)		視力 (PPO)	
☐ HN Plus 150	☐ Classic 4 1500	☐ Essential 2 1000	☐ Elite 1010-1	☐ Supreme 010-2
☐ HN Plus 225	☐ Classic 5 1500（含牙齒矯正）	☐ Essential 5 1500（含牙齒矯正）	☐ Preferred 1025-2	☐ Preferred 1025-3
	☐ Classic 7 Unlimited	☐ Essential 6 1500	☐ Preferred Value 10-3	☐ Plus 20-1
	☐ Classic 11 Unlimited（含牙齒矯正）	☐ Essential 10 3000（含牙齒矯正及植牙）	☐ Exam Only	
		☐ Essential 11 5000（含牙齒矯正及植牙）		

2.申請的原因：

☐ 計畫變更 ☐ 變更地址/姓名 ☐ 去除眷屬（在下面列出姓名） ☐ 其他：_____	☐ 新員工 ☐ 開放投保 **特殊投保期** 符合資格事件日期：____/____/_____	☐ **COBRA[4] 生效日期：** ____/____/_____ **符合資格事件：**_____ **符合資格事件日期：** ____/____/_____
	新增眷屬： ☐ 婚姻 ☐ 新生兒/收養/法定監護/法院命令/承擔親子關係 ☐ 失去先前保險 ☐ 同居伴侶關係 ☐ 其他（請說明）：_____	

[1]在 Alameda、Contra Costa、El Dorado、Fresno、Kern、Kings、Los Angeles、Madera、Marin、Merced、Napa、Nevada、Orange、Placer、Riverside、Sacramento、San Bernardino、San Diego、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Barbara、Santa Clara、Santa Cruz、Solano、Sonoma、Stanislaus、Tulare、Ventura 和 Yolo 郡的全部或部分地區提供。

[2]在 Los Angeles、Orange、Riverside、San Diego、San Bernardino、Santa Clara 和 Santa Cruz 郡的全部或部分地區提供。

[3]在 Imperial 和 Orange 郡和 Kern、Los Angeles、Riverside、San Diego 以及 San Bernardino 郡有選擇的郵遞區號提供。

[4]無論您符合總共 18 個月或 36 個月的 COBRA 資格（包括 Cal-COBRA），都請提供 COBRA 首次開始的生效日期。

員工姓名：_____ 社會安全局號碼最後 4 位數/TIN：_ _ _ _

3.員工個人資訊

姓氏：	名字：	中間名字首：	☐ 男性 ☐ 女性
居住地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	郡：
郵寄地址（如適用）：			
城市：	州：	郵遞區號：	郡：
出生日期（*月月/日日/年年年年*）：	社會安全局號碼/TIN/Matricular ID 號碼：		職位：
電話號碼： (　　)	工作電話號碼： (　　)	電子郵件地址：	
聘用日期： /　　/	部門號碼：	婚姻狀態： ☐ 單身 ☐ 已婚 ☐ 同居伴侶	
如有提供，我希望以西班牙文接收通信和計畫資訊：☐ 是 ☐ 否			
簽約醫師團體：	主治醫師：		
PPG/PCP 投保 ID 號碼（3 或 4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼）：	這是您現時的主治醫生嗎？☐ 是 ☐ 否		
牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：	牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：		

4.家庭資訊，請列出所有符合條件的家庭成員。

（如有必要，請附加表格。）

配偶/同居伴侶 ☐ 男性 ☐ 女性	姓氏：	名字：	中間名字首：
居住地址：☐ 如果與投保人相同，請在此勾選			
城市：	州：	郵遞區號：	
出生日期（*月月/日日/年年年年*）：	社會安全局號碼/TIN/Matricular ID 號碼：		
簽約醫師團體：	主治醫師：		
PPG/PCP 投保 ID 號碼（*3 或 4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼*）：	這是您現時的主治醫生嗎？ ☐ 是 ☐ 否		
牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：	牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：		

員工姓名：_____ 社會安全局號碼最後 4 位數/TIN：__ __ __ __

4.家庭資訊，請列出所有符合條件的家庭成員。（續）（如有必要，請附加表格。）

☐ 兒子 ☐ 女兒	姓氏：	名字：	中間名字首：
居住地址：☐ 如果與投保人相同，請在此勾選			
城市：		州：	郵遞區號：
出生日期（*月月/日日/年年年年*）：		社會安全局號碼/TIN/Matricular ID 號碼：	
簽約醫師團體：		主治醫師：	
PPG/PCP 投保 ID 號碼（*3 或 4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼*）：		這是您現時的主治醫生嗎？ ☐ 是 ☐ 否	
牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：		牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：	

☐ 兒子 ☐ 女兒	姓氏：	名字：	中間名字首：
居住地址：☐ 如果與投保人相同，請在此勾選			
城市：		州：	郵遞區號：
出生日期（*月月/日日/年年年年*）：		社會安全局號碼/TIN/Matricular ID 號碼：	
簽約醫師團體：		主治醫師：	
PPG/PCP 投保 ID 號碼（*3 或 4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼*）：		這是您現時的主治醫生嗎？ ☐ 是 ☐ 否	
牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：		牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：	

☐ 兒子 ☐ 女兒	姓氏：	名字：	中間名字首：
居住地址：☐ 如果與投保人相同，請在此勾選			
城市：		州：	郵遞區號：
出生日期（*月月/日日/年年年年*）：		社會安全局號碼/TIN/Matricular ID 號碼：	
簽約醫師團體：		主治醫師：	
PPG/PCP 投保 ID 號碼（*3 或 4 位數 PPG 和 6 位數 PCP 號碼*）：		這是您現時的主治醫生嗎？ ☐ 是 ☐ 否	
牙科 HMO 醫療服務提供者名稱：		牙科 HMO 醫療服務提供者 ID 號碼：	

員工姓名：_____ 社會安全局號碼最後 4 位數/TIN：__ __ __ __

5.您或您的眷屬是否有其他健康保險？

☐ 否 ☐ 是 如果「是」，請填寫此部分，包括 Medicare。

☐ 自己	姓名：		其他保險公司名稱：		先前保險開始日期（月月/日日/年年）：	
先前保險結束日期（月月/日日/年年）：	結束保險的原因：		團體號碼/保單 ID 號碼：	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分	Medicare 理賠/HICN 號碼：
☐ 配偶 ☐ 同居伴侶	姓名：		其他保險公司名稱：		先前保險開始日期（月月/日日/年年）：	
先前保險結束日期（月月/日日/年年）：	結束保險的原因：	團體號碼/保單 ID 號碼：	這是您眷屬的主要保險嗎？ ☐ 是 ☐ 否	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分	Medicare 理賠/HICN 號碼：
☐ 兒子 ☐ 女兒	姓名：		其他保險公司名稱：		先前保險開始日期（月月/日日/年年）：	
先前保險結束日期（月月/日日/年年）：	結束保險的原因：	團體號碼/保單 ID 號碼：	這是您眷屬的主要保險嗎？ ☐ 是 ☐ 否	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分	Medicare 理賠/HICN 號碼：
☐ 兒子 ☐ 女兒	姓名：		其他保險公司名稱：		先前保險開始日期（月月/日日/年年）：	
先前保險結束日期（月月/日日/年年）：	結束保險的原因：	團體號碼/保單 ID 號碼：	這是您眷屬的主要保險嗎？ ☐ 是 ☐ 否	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分	Medicare 理賠/HICN 號碼：
☐ 兒子 ☐ 女兒	姓名：		其他保險公司名稱：		先前保險開始日期（月月/日日/年年）：	
先前保險結束日期（月月/日日/年年）：	結束保險的原因：	團體號碼/保單 ID 號碼：	這是您眷屬的主要保險嗎？ ☐ 是 ☐ 否	是否承保？ 醫療： ☐ 是 ☐ 否 牙科： ☐ 是 ☐ 否 視力： ☐ 是 ☐ 否	Medicare: ☐ A 部分 ☐ B 部分	Medicare 理賠/HICN 號碼：

6.團體定期人壽保險（如適用）。（對於額外或多位受益人，請另外附頁。）

人壽/意外身故及殘廢保險：☐ 是 ☐ 否

人壽受益人（姓名）：	關係：	%
人壽受益人（姓名）：	關係：	%
人壽受益人（姓名）：	關係：	%
人壽受益人（姓名）：	關係：	%

「計畫合約」是指 Health Net of California, Inc. 和/或 Dental Benefit Providers of California, Inc.團體服務協議和承保範圍證明；「保險單」是指 Health Net Life Insurance Company 團體保險單及保險證書。

員工姓名：_____ 社會安全局號碼最後 4 位數/TIN：__ __ __ __

7.拒絕保險（如果您或您符合條件的眷屬拒絕任何保險，請填寫此部分。）

員工個人資訊

姓氏：	名字：	中間名字首：	社會安全號碼/身分證號碼：

為以下人員拒絕醫療保險：
☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 同居伴侶 ☐ 眷屬
姓名：_____
原因：☐ 透過該雇主的其他團體保險 ☐ 個人保險
☐ 其他團體（*即配偶的雇主）提供的其他團體保險*
☐ 其他：_____

為以下人員拒絕牙科保險：
☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 同居伴侶 ☐ 眷屬
姓名：_____
原因：☐ 透過該雇主的其他團體保險 ☐ 個人保險
☐ 其他團體（*即配偶的雇主）提供的其他團體保險*
☐ 其他：_____

為以下人員拒絕視力保險：
☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 同居伴侶 ☐ 眷屬
姓名：_____
原因：☐ 透過該雇主的其他團體保險 ☐ 個人保險
☐ 其他團體（*即配偶的雇主）提供的其他團體保險*
☐ 其他：_____

如果您拒絕保險，請停下來仔細閱讀

我已決定為我自己和/或我的眷屬拒絕保險。我理解，我和我的家屬可能不得不等到下一個年度開放投保期或特殊投保期才能因符合條件事件而入保。我的雇主已經向我解釋了可用的保險，我有機會申請可用的保險。此外，在下面簽名，即如上面的複選標記所示，據我所知，證明我拒絕保險的原因是準確的。

員工簽名（或電子簽名）：_____ **日期：**_____
只有在拒絕保險時才簽名。如果簽名錯誤，請劃掉並寫上姓名首字母。）

8.接受保險（必需簽名）

加利福尼亞州法律禁止健康保險公司要求或使用愛滋病毒檢測作為獲得健康保險的條件。

確認與同意：我理解並同意，投保 Health Net 和/或 DBP 並接受其服務，即表示我和任何投保的的眷屬有義務理解並遵守計畫契約或保險單的條款、條件和規定。我已閱讀並理解本申請書的條款，我在下面簽名，即表明，據我所知，本申請書中輸入的資訊是完整、真實和正確的，我接受這些條款。

約束性仲裁：本人，即申請人，理解並同意，我（包括我的任何投保家庭成員或繼承人或個人代表）與 Health Net 之間因 *承保範圍證明或保險證書* 或我的 Health Net 保險產生或與此相關的任何和所有爭議，除《美國聯邦法規》45 CFR 147.136 中定義的與不利福利決定有關的爭議外，必須提交給個人、最終和約束性仲裁，而不是陪審團或法庭審判，我放弃集體仲裁的所有權利。即使醫療保健提供者或其代理人或員工等其他方參與爭議，本仲裁的協議也適用。本人理解，同意將所有爭議（排除關於不利福利判定的爭議）提交最終和約束性仲裁，包括 Health Net 在內的各方，即放棄了由陪審團在法庭上裁決爭議的憲法權利。本人也理解，我可能與 Health Net 發生的涉及醫療事故理賠的糾紛（即，所提供的任何醫療服務是否為不必要或未經授權，或是否為不適當、疏忽或不稱職）也應接受最終的約束性仲裁。本人理解，承保範圍證明或保險證書包含了更詳細的仲裁條款。若雇主的計畫須遵守 ERISA 的 29 U.S.C. § § 1001461，則強制性仲裁可能不適用於特定爭議。本人在下面簽名，即表明我理解並同意本具有約束性仲裁協議的條款，並同意將任何爭議（排除關於不利福利判定的爭議）提交約束性仲裁，而不是法院。

員工簽名（或電子簽名）：_____ **日期：**_____
（只有在拒絕保險時才簽名。如果簽名錯誤，請劃掉並寫上姓名首字母。）

Health Net of California, Inc. 及 Health Net Life Insurance Company 皆為 Health Net, LLC 的子公司。Health Net 和 Salud con Health Net 是 Health Net, LLC 的註冊服務標章。
本文件所提及的其他所有商標/服務標章仍屬其各自公司所有。版權所有。

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
बिना लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया 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
សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក 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 hóló. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'ı' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néího'dólzinígíí bikáa'gi béésh bee hane'í bikáá' áajı' hodíílnih éí 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)

ਬਨਿਾਂ ਕਸਿ ਲਾਗਤ ਤੋ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਚਿ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਤਿੇ 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 прочитать 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 โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ 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).

FLY1775151XH01w (10/24)