소규모 비즈니스

2026년 그룹 가입 및 변경 신청서

의료 플랜은 Health Net of California, Inc.에서 제공합니다. 생명/AD&D 보험 플랜은 Health Net Life Insurance Company(총칭하여 "Health Net")가 제공합니다. 소아 치과를 제외한 Health Net Dental HMO 및 PPO 플랜은 Dental Benefit Providers of California, Inc.(DBP)에서 제공하고 관리합니다. 소아 시력을 제외한 시력 플랜은 Health Net Life Insurance Company에서 보증하고 EyeMed Vision Care, LLC("EyeMed")에서 서비스합니다.

소아 치과 HMO 및 PPO 플랜은 Health Net of California, Inc.에서 제공하고, DBP에서 주관합니다.

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

Health Net 가입을 환영합니다!

간단한 양식 작성 단계:

1. 가입 패키지에 동봉된 자료를 검토하십시오. 고용주가 귀하에게 제공하는 보장 옵션을 이해해야 합니다.

2a. 본인 또는 피부양자들에 대한 **보장을 거부**하는 경우, 섹션 7을 작성해야 합니다. 다른 섹션은 작성하지 마십시오.

2b. 본인 또는 피부양자들에 대한 **보장을 수락**하는 경우, 섹션 1, 2, 3, 5, 8을 작성해야 합니다.

건강 보험 개혁법(ACA)에 따라 Health Net은 IRS에 본인(등록자) 및 피부양자들에 대한 의료 보장 확인서를 제공해야 합니다. IRS는 이 정보를 사용하여 각 가입자가 최소 필수 보장에 가입되어 있는지 확인합니다. 또한 California 상원 법안 78에 따라 모든 거주자와 피부양자는 매월 최소 필수 보장에 가입하고 이를 유지해야 합니다. 사회 보장 번호(SSN)도 Franchise Tax Board에 제공됩니다. 귀하 및 귀하가 가입시키는 각 피부양자의 정확한 사회 보장 번호(SSN) 또는 납세자 식별 번호(TIN)를 당사에 제공해 주십시오. Mexico에 거주하는 모든 가입자는 Salud HMO y Más 플랜에 가입할 때 Matricular ID(신분증) 번호가 필요합니다. 개인 분담금 조항에 대한 자세한 내용은 http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision 을 참조하십시오.

3. Full HMO, WholeCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más 또는 치과 HMO(DHMO) 플랜 가입을 선택한 경우, 참여 의사 그룹(PPG), 일차 진료의(PCP) 또는 치과 공급자를 선택해야 합니다. Health Net의 온라인 공급자 검색(ProviderSearch) 도구에 나오는 대로 해당 이름 및 전화번호를 기입하십시오.

   주의: PPG, PCP 및/또는 치과 공급자를 선택하지 않으면 공급자 하나를 선택해 드립니다.

4. PPO 플랜 가입을 선택한 경우, 가입하기 위해 PPG 또는 PCP를 선택하지 않아도 됩니다.

5. 작성된 신청서의 사본을 기록용으로 보관하십시오. **수정이 필요한 경우에는 각 수정 사항에 줄을 긋고 이름의 이니셜을 쓰십시오. 수정용 제품을 사용하지 마십시오.**

관리자 전용:

Existing Business/Group
PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
www.healthnet.com

신규 비즈니스/그룹
작성된 모든 서류를 지정된 계정 담당자 또는 중개인에게 보내주십시오.

고용주가 작성	
고용주 이름:	
요청된 효력 발생일:	고용주 그룹 번호(*의료*):
직원 자격 날짜(*신규 고용만 해당*): ☐ 고용일과 동일 ☐ 기타: _____	

health net

중요: 모든 섹션을 검정 잉크 펜을 사용하여 정자체로 작성하십시오. 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(모든 의료 플랜에는 소아 치과 및 시력 보장이 포함됩니다.)

Full HMO 네트워크[1]			SmartCare HMO 네트워크[2]		
플래티넘	**골드**	**실버**	**플래티넘**	**골드**	**실버**
☐ $0 ☐ $10 ☐ $20 ☐ $30 ☐ $35	☐ $30 ☐ $35 ☐ $40 ☐ $50 ☐ $55	☐ $55	☐ $0 ☐ $10 ☐ $20 ☐ $30 ☐ $35	☐ $30 ☐ $35 ☐ $40 ☐ $50 ☐ $55	☐ $55
WholeCare HMO 네트워크[1]			**Salud HMO y Más 네트워크[3]**		
플래티넘	**골드**	**실버**	**플래티넘**	**골드**	**실버**
☐ $0 ☐ $10 ☐ $20 ☐ $30 ☐ $35	☐ $30 ☐ $35 ☐ $40 ☐ $50 ☐ $55	☐ $55	☐ $0 ☐ $10 ☐ $20 ☐ $30 ☐ $35	☐ $30 ☐ $35 ☐ $40 ☐ $50 ☐ $55	☐ $55

Full PPO 네트워크

- ☐ 플래티넘 PPO 0/5
- ☐ 플래티넘 PPO 0/15
- ☐ 플래티넘 PPO 250/15
- ☐ 골드 PPO 0/35
- ☐ 골드 PPO 350/25
- ☐ 골드 PPO 500/20
- ☐ 골드 PPO 750/15
- ☐ 골드 PPO 1000/35
- ☐ 골드 PPO 1500/20
- ☐ 골드 HDHP PPO 1800/20%
- ☐ 실버 HDHP PPO 1800/50%
- ☐ 실버 PPO 1700/50
- ☐ 실버 PPO 2250/60
- ☐ 실버 PPO 2500/50
- ☐ 실버 PPO 2500/55
- ☐ 브론즈 PPO 5800/60
- ☐ 브론즈 HDHP 7200/0%

기타 플랜:

_____

치과(DHMO)	치과(DPPO)		안과(PPO)	
☐ HN Plus 150 ☐ HN Plus 225	☐ 클래식 4 1500 ☐ 클래식 5 1500 (w/ortho) ☐ 클래식 7 무제한 ☐ 클래식 11 무제한 (w/ortho)	☐ 필수 2 1000 ☐ 필수 5 1500 (w/ortho) ☐ 필수 6 1500 ☐ 필수 10 3000 (w/ortho 및 보형물) ☐ 필수 11 5000 (w/ortho 및 보형물)	☐ 엘리트 1010-1 ☐ 선호 1025-2 ☐ 선호 등급 10-3 ☐ 검사 전용	☐ 최상급 010-2 ☐ 선호 1025-3 ☐ 플러스 20-1

2. 신청 이유

☐ 플랜 변경 ☐ 주소/이름 변경 ☐ 피부양자 삭제 (아래에 이름 기재) ☐ 기타: _____	☐ 신규 고용 ☐ 공개 가입 **특별 가입 기간** 적격 사유 발생일: ____/____/_____	☐ **COBRA[4] 효력 발생일:** ____/____/_____ **적격 사유:** _____ **적격 사유 발생일:** ____/____/_____
	피부양자 추가: ☐ 결혼 ☐ 신생아/입양/법적 보호자/법원 명령/친자 관계 추정 ☐ 이전 보장 상실 ☐ 동거 ☐ 기타(구체적으로 기재): _____	

[1]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, Yolo 카운티 전체 또는 일부에서 이용할 수 있습니다.

[2]Los Angeles, Orange, Riverside, San Diego, San Bernardino, Santa Clara, Santa Cruz 카운티 전체 또는 일부에서 이용할 수 있습니다.

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

[4]총 18개월 또는 36개월의 COBRA(Cal-COBRA 포함) 가입 자격이 있는지에 관계없이 COBRA가 처음 시작된 발효일을 기재합니다.

직원 이름: _____

사회 보장 번호/TIN 마지막 4자리: __ __ __ __

3. 직원 개인 정보

성:	이름:	중간 이름 이니셜:	☐ 남 ☐ 여
거주지 주소:			
시:	주:	우편번호:	카운티:
우편 주소(해당하는 경우):			
시:	주:	우편번호:	카운티:
생년월일 *(월/일/년)*:	사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:	직함:	
전화번호: ( )	직장 전화번호: ( )	이메일 주소:	
고용일: / /	부서 번호:	혼인 상태: ☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 동거	
가능한 경우 연락 및 플랜 정보를 스페인어로 받고 싶습니다. ☐ 예 ☐ 아니요			
참여 의사 그룹:	일차 진료의:		
PPG/PCP 가입 ID 번호(3 혹은 4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호):	귀하의 현재 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		
치과 HMO 공급자 이름:	치과 HMO 공급자 ID 번호:		

4. 가족 정보 - 가입 자격이 있는 모든 가족 구성원 기재

(필요한 경우 추가 용지를 첨부하십시오.)

배우자/동거인 ☐ 남 ☐ 여	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주지 주소: ☐ 등록자와 동일한 경우 여기에 표시			
시:	주:	우편번호:	
생년월일 *(월/일/년)*:	사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:		
참여 의사 그룹:	일차 진료의:		
PPG/PCP 가입 ID 번호*(3 혹은 4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호)*:	귀하의 현재 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요		
치과 HMO 공급자 이름:	치과 HMO 공급자 ID 번호:		

직원 이름: _____ 사회 보장 번호/TIN 마지막 4자리: __ __ __ __

4. 가족 정보, 가입 자격이 있는 모든 가족 구성원 기재 (계속)
(필요한 경우 추가 용지를 첨부하십시오.)

☐ 아들 ☐ 딸	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주지 주소: ☐ 등록자와 동일한 경우 여기에 표시			
시:		주:	우편번호:
생년월일 *(월/일/년)*:		사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:	
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호*(3 혹은 4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호)*:		귀하의 현재 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:	

☐ 아들 ☐ 딸	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주지 주소: ☐ 등록자와 동일한 경우 여기에 표시			
시:		주:	우편번호:
생년월일 *(월/일/년)*:		사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:	
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호*(3 혹은 4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호)*:		귀하의 현재 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:	

☐ 아들 ☐ 딸	성:	이름:	중간 이름 이니셜:
거주지 주소: ☐ 등록자와 동일한 경우 여기에 표시			
시:		주:	우편번호:
생년월일 *(월/일/년)*:		사회 보장 번호/TIN/Matricular ID 번호:	
참여 의사 그룹:		일차 진료의:	
PPG/PCP 가입 ID 번호*(3 혹은 4자리 PPG 및 6자리 PCP 번호)*:		귀하의 현재 PCP입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	
치과 HMO 공급자 이름:		치과 HMO 공급자 ID 번호:	

직원 이름: _____

사회 보장 번호/TIN 마지막 4자리: __ __ __ __

5. 귀하 또는 피부양자가 다른 의료 보장에 가입되어 있습니까?

☐ 아니요 ☐ 예 답변이 "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 ID 번호:	보장 여부 의료 ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 안과: ☐ 예 ☐ 아니요	Medicare: ☐ 파트 A ☐ 파트 B	Medicare 클레임/HICN 번호:
☐ 배우자 ☐ 동거인	이름:		다른 보험사 이름:	이전 보장 시작일 *(월/일/년):*	
이전 보장 종료일 *(월/일/년):*	보장 종료 이유:	그룹 번호/보험 ID 번호:	이 보험이 피부양자의 기본 보험입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	보장 여부 의료 ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 안과: ☐ 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 ID 번호:	이 보험이 피부양자의 기본 보험입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	보장 여부 의료 ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 안과: ☐ 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 ID 번호:	이 보험이 피부양자의 기본 보험입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	보장 여부 의료 ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 안과: ☐ 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 ID 번호:	이 보험이 피부양자의 기본 보험입니까? ☐ 예 ☐ 아니요	보장 여부 의료 ☐ 예 ☐ 아니요 치과: ☐ 예 ☐ 아니요 안과: ☐ 예 ☐ 아니요	Medicare: ☐ 파트 A ☐ 파트 B	Medicare 클레임/HICN 번호:

6. 그룹 정기 생명 보험(해당하는 경우) (추가 또는 차순위 수혜자에 대해 별도의 용지를 첨부하십시오.)

생명/AD&D 보장: ☐ 예 ☐ 아니요

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

"플랜 계약"은 Health Net of California, Inc. 또는 Dental Benefit Providers of California, Inc.를 의미합니다. 그룹 서비스 동의(Group Service Agreement) 및 보험 보장 증서(Evidence of Coverage); "보험 약관"은 Health Net 생명 보험 회사 그룹 보험 약관(Health Net Life Insurance Company Group Policy) 및 보험 증서를 의미합니다.

직원 이름: _____ 사회 보장 번호/TIN 마지막 4자리: __ __ __ __

7. 보장 거부 (귀하 또는 귀하의 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 ☐ 동거인 ☐ 피부양자
이름: _____
이유: ☐ 이 고용주를 통한 기타 그룹 보장 ☐ 개인 보장
☐ 다른 그룹(예: 배우자의 고용주)에 의한 *기타 그룹 보장*
☐ 기타: _____

치과 보장 거부 대상:
☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 동거인 ☐ 피부양자
이름: _____
이유: ☐ 이 고용주를 통한 기타 그룹 보장 ☐ 개인 보장
☐ 다른 그룹(예: 배우자의 고용주)에 의한 *기타 그룹 보장*
☐ 기타: _____

안과 보장 거부 대상:
☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 동거인 ☐ 피부양자
이름: _____
이유: ☐ 이 고용주를 통한 기타 그룹 ☐ 개인 보장
☐ 다른 그룹*(예: 배우자의 고용주)*에 의한 *기타 그룹 보장*
☐ 기타: _____

보장을 거부하는 경우 – 작성을 멈추고 다음 내용을 주의 깊게 읽으십시오

본인은 본인 및/또는 피부양자(들)에 대한 보장을 거부하기로 결정했습니다. 본인은 피부양자들 및 본인이 다음 연간 공개 가입 기간 또는 적격한 사유에 따른 특별 가입 기간까지 가입을 기다려야 할 수도 있음을 인정합니다. 고용주로부터 이용할 수 있는 보장에 관해 설명을 들었으며, 이용할 수 있는 보장을 신청할 기회가 주어졌습니다. 또한 아래에 서명함으로써 본인은 본인이 아는 한도 내에서 보장을 거부하는 이유가 위의 체크 표시한 대로 정확함을 확인합니다.

직원 서명(또는 전자 서명): _____ **날짜:** _____
(보장을 거부하는 경우에만 서명하십시오. 잘못 서명한 경우 줄을 긋고 이름의 이니셜을 쓰십시오.)

8. 보장 수락(서명이 필요합니다.)

California 법률은 건강 보험 보장을 받기 위한 조건으로 건강 보험 회사가 HIV 검사를 요구하거나 사용하는 것을 금지합니다.

승인 및 동의: 본인은 Health Net 및/또는 DBP에 가입하거나 서비스를 수락함으로써 본인 및 가입된 모든 피부양자가 플랜 계약 또는 보험 증권의 약관, 조건 및 조항을 이해하고 준수할 의무가 있음을 이해하고 이에 동의합니다. 본인은 이 신청서의 약관을 읽고 이해했으며, 아래 서명은 이 신청서에 기입한 정보가 본인이 아는 한 완전하고 사실이며 정확하다는 것을 나타내며, 본인이 이러한 약관을 수락함을 나타냅니다.

법적 효력을 지닌 합의: 신청자인 본인은 45 CFR 147.136에 정의된 불리한 혜택 결정에 관한 분쟁을 제외하고, *보험 보장 증서 또는 보험 증명서* 또는 Health Net 보장과 관련하여 발생하거나 이와 관련된 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 하는 것과 본인이 집단 중재에 대한 모든 권리를 포기하는 것을 이해하고 이에 동의합니다. 중재하기 위한 본 합의는 의료 공급자나 그 대리인 또는 직원과 같은 다른 당사자가 분쟁에 연루된 경우에도 적용됩니다. 본인은 불리한 혜택 결정에 관한 분쟁을 제외한 모든 분쟁을 최종적이고 구속력 있는 중재에 회부하는 데 동의함으로써 Health Net을 포함한 모든 당사자가 배심원단이 법원에서 분쟁을 결정하게 하는 헌법상의 권리를 포기하는 것임을 이해합니다. 또한 본인은 의료 과실(즉, 제공된 의료 서비스가 불필요하거나 승인되지 않았거나 부적절하거나 부주의하거나 불완전하게 제공되었는지 여부)에 대한 클레임과 관련하여 본인이 Health Net과 가질 수 있는 분쟁이 최종적이고 구속력 있는 중재의 대상임을 이해합니다. 본인은 보다 상세한 중재 조항이 보험 보장 증서 또는 보험 증명서에 포함되어 있음을 이해합니다. 고용주의 플랜이 ERISA, 29 U.S.C. § § 1001461의 적용을 받는 경우 특정 분쟁에는 강제 중재가 적용되지 않을 수 있습니다. 아래 서명은 본인이 구속력 있는 중재 합의의 약관을 이해하고 이에 동의하며, 불리한 혜택 결정에 관한 분쟁을 제외한 모든 분쟁을 법원 대신 구속력 있는 중재에 회부하는 데 동의함을 나타냅니다.

직원 서명(또는 전자 서명): _____ **날짜:** _____
(보장을 수락하는 경우에만 서명하십시오. 잘못 서명한 경우 줄을 긋고 이름의 이니셜을 쓰십시오.)

Health Net of California, Inc.와 Health Net Life Insurance Company는 Health Net, LLC의 자회사입니다. Health Net과 Salud con Health Net은 Health Net, LLC의 등록 서비스 표시이며, 표시된 다른 모든 상표/서비스 표시는 각 회사의 자산입니다. 모든 권리 보유.

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)