Pequeña Empresa

Solicitud de Inscripción y Cambios en la Cobertura de Grupo para 2026

Los planes médicos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Los planes de seguro de vida y de muerte o pérdida de miembros por accidente (por sus siglas en inglés, AD&D) están asegurados por Health Net Life Insurance Company (conjuntamente, "Health Net"). Los planes PPO y HMO de Health Net Dental, que no sean planes dentales pediátricos, son ofrecidos por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) y cuentan con los servicios de esta. Los planes de la vista, que no sean planes de la vista pediátricos, están asegurados por Health Net Life Insurance Company y cuentan con los servicios de EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed").

Los planes PPO y HMO dentales pediátricos son proporcionados por Health Net of California, Inc. y administrados por DBP.

Ni DBP ni EyeMed son filiales de Health Net. Las obligaciones conforme a los planes dentales, que no sean planes dentales pediátricos, no son responsabilidad ni están garantizadas por Health Net.

Le damos la bienvenida a Health Net

Pasos simples para completar el formulario:

1. Revise los materiales adjuntos en su paquete de inscripción. Asegúrese de comprender las opciones de cobertura que están disponibles para usted a través de su empleador.

2a. **Si rechaza la cobertura** para usted o sus dependientes, debe completar la sección 7. No complete ninguna otra sección.

2b. **Si acepta la cobertura** para usted o sus dependientes, debe completar las secciones 1, 2, 3, 5 y 8.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA) requiere que Health Net le proporcione al Servicio de Impuestos Internos (por sus siglas en inglés, IRS) una confirmación de la cobertura de atención de salud para usted, como suscriptor, y sus dependientes cubiertos. El IRS utiliza esta información para confirmar que cada afiliado tenga una cobertura esencial mínima. Asimismo, el Proyecto de Ley del Senado 78 de California requiere que todos los residentes y sus dependientes obtengan cobertura esencial mínima y la mantengan mensualmente. Los números de Seguro Social (por sus siglas en inglés, SSN) también se proporcionan a la Franchise Tax Board. Solicitamos que brinde un SSN preciso o un número de identificación tributaria (por sus siglas en inglés, TIN) para usted y cada dependiente que esté inscribiendo. A las personas inscritas que residen en México se les solicitará un número de identificación de matrícula consular cuando se inscriban en un plan Salud HMO y Más. Para obtener más información acerca de la disposición de pago de responsabilidad compartida individual, ingrese en http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision.

3. Si elige inscribirse en los planes Full HMO, WholeCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más o Dental HMO (DHMO), debe seleccionar un grupo médico participante (por sus siglas en inglés, PPG), un médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o un proveedor dental. Asegúrese de completar los nombres y números tal como aparecen en la herramienta en línea ProviderSearch de Health Net.

   Nota: Si no elige un PPG, PCP o proveedor dental, se le asignará uno.

4. Si elige inscribirse en un plan PPO, no es necesario que seleccione un PPG o PCP.
5. Haga una copia de la solicitud completa como constancia. **Si debe corregir algún dato, táchelo y coloque sus iniciales en cada corrección. No utilice un producto para borrar.**

Solo para uso administrativo:

Empresa o grupo actual	**Nueva empresa o grupo**
PO Box 9103 Van Nuys, CA 91409-9103 www.healthnet.com	Envíe toda la documentación completa a su agente de seguro o ejecutivo de cuentas designado.

Para ser completado por el empleador	
Nombre del empleador:	
Fecha de entrada en vigor solicitada:	N.º de grupo del empleador *(médico)*:
Fecha en la que el empleado comienza a ser elegible *(solo para nuevas contrataciones)*: ☐ Igual que la fecha de contratación ☐ Otra: _____	

health net

Importante: Imprima todas las secciones en tinta negra. Tiene derecho a consultar el *Resumen de Beneficios y Cobertura* (por sus siglas en inglés, *SBC*) antes de elegir un plan. Comuníquese con su empleador si no tiene el *SBC* para el plan que ha seleccionado.

1. Información del plan de salud

(Todos los planes médicos incluyen la cobertura de servicios dentales y de la vista pediátricos).

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

Full PPO Network

☐ 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			

Otros planes:

_____

Dental (DHMO)	Dental (DPPO)		Vision (PPO)	
☐ HN Plus 150	☐ Classic 4 1500	☐ Essential 2 1000	☐ Elite 1010-1	☐ Supreme 010-2
☐ HN Plus 225	☐ Classic 5 1500 (w/ortho)	☐ Essential 5 1500 (w/ortho)	☐ Preferred 1025-2	☐ Preferred 1025-3
	☐ Classic 7 Unlimited	☐ Essential 6 1500	☐ Preferred Value 10-3	☐ Plus 20-1
	☐ Classic 11 Unlimited (w/ortho)	☐ Essential 10 3000 (w/ortho and implants)	☐ Exam Only	
		☐ Essential 11 5000 (w/ortho and implants)		

2. Motivo de la solicitud

☐ Cambiar de plan ☐ Cambiar de dirección o nombre ☐ Quitar dependiente (enumerar los nombres a continuación) ☐ Otro: _____	☐ Nueva contratación ☐ Inscripción abierta **Período de inscripción especial** Fecha del hecho calificador: ____ /____ /_____	☐ **COBRA**[4] **Fecha de entrada en vigor:** ____ /____ /_____ **Hecho calificador:** _____ **Fecha del hecho calificador:** ____ /____ /_____
	Agregar dependiente: ☐ Matrimonio ☐ Recién nacido/adopción/tutela legal/orden judicial/presunción de paternidad ☐ Pérdida de la cobertura anterior ☐ Convivencia en pareja ☐ Otro (especifique): _____	

[1] Disponible en la totalidad o en parte de los condados de 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 y Yolo.

[2] Disponible en la totalidad o en parte de los condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Diego, San Bernardino, Santa Clara y Santa Cruz.

[3] Disponible en los condados de Imperial y Orange y en códigos postales seleccionados de los condados de Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego y San Bernardino.

[4] Proporcione la fecha en que COBRA entró en vigor por primera vez, independientemente de si fue elegible para un total de 18 meses o 36 meses de COBRA (incluida Cal-COBRA).

Nombre del empleado: _____ Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social/TIN: __ __ __ __

3. Información personal del empleado

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección de residencia:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección postal (si corresponde):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Fecha de nacimiento *(dd/mm/aaaa)*:	N.º de Seguro Social/TIN/n.º de ID de matrícula consular:		Cargo:
N.º de teléfono: ( )	N.º de teléfono laboral: ( )	Dirección de correo electrónico:	
Fecha de contratación: / /	N.º de dpto.:	Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja doméstica	
Si es posible, preferiría recibir información sobre el plan y las comunicaciones en español: ☐ Sí ☐ No			
Grupo médico participante:	Médico de atención primaria:		
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP (n.º del PPG de 3 o 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):	¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No		
Nombre del proveedor de Dental HMO:	N.º de ID del proveedor de Dental HMO:		

4. Información de la familia: enumere todos los miembros de la familia elegibles para inscribirse.

(Agregue hojas adicionales si es necesario).

Cónyuge/pareja doméstica ☐ H ☐ M	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: ☐ Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fecha de nacimiento *(dd/mm/aaaa)*:	N.º de Seguro Social/TIN/n.º de ID de matrícula consular:		
Grupo médico participante:	Médico de atención primaria:		
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP *(n.º del PPG de 3 o 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos)*:	¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No		
Nombre del proveedor de Dental HMO:	N.º de ID del proveedor de Dental HMO:		

Nombre del empleado: _____ Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social/TIN: __ __ __ __

4. Información de la familia: enumere todos los miembros de la familia elegibles para inscribirse. (Continuación)

(Adjunte hojas adicionales si es necesario).

☐ Hijo ☐ Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: ☐ Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento *(dd/mm/aaaa):*		N.º de Seguro Social/TIN/n.º de ID de matrícula consular:	
Grupo médico participante:		Médico de atención primaria:	
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP *(n.º del PPG de 3 o 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):*		¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del proveedor de Dental HMO:		N.º de ID del proveedor de Dental HMO:	

☐ Hijo ☐ Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: ☐ Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento *(dd/mm/aaaa):*		N.º de Seguro Social/TIN/n.º de ID de matrícula consular:	
Grupo médico participante:		Médico de atención primaria:	
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP *(n.º del PPG de 3 o 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):*		¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del proveedor de Dental HMO:		N.º de ID del proveedor de Dental HMO:	

☐ Hijo ☐ Hija	Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de residencia: ☐ Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento *(dd/mm/aaaa):*		N.º de Seguro Social/TIN/n.º de ID de matrícula consular:	
Grupo médico participante:		Médico de atención primaria:	
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP *(n.º del PPG de 3 o 4 dígitos y n.º del PCP de 6 dígitos):*		¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No	
Nombre del proveedor de Dental HMO:		N.º de ID del proveedor de Dental HMO:	

Nombre del empleado: _____ Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social/TIN: __ __ __ __

5. ¿Usted o sus dependientes tienen otra cobertura de atención de salud?

☐ No ☐ Sí Si la respuesta es "Sí", complete esta sección, incluido Medicare.

☐ Titular	Nombre:		Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:
Fecha de finalización de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:	Motivo para finalizar la cobertura:		N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Cubre la siguiente atención? Atención médica: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B / N.º de reclamo de Medicare o de HICN:
☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica	Nombre:		Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:
Fecha de finalización de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre la siguiente atención? Atención médica: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B / N.º de reclamo de Medicare o de HICN:
☐ Hijo ☐ Hija	Nombre:		Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:
Fecha de finalización de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre la siguiente atención? Atención médica: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B / N.º de reclamo de Medicare o de HICN:
☐ Hijo ☐ Hija	Nombre:		Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:
Fecha de finalización de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre la siguiente atención? Atención médica: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B / N.º de reclamo de Medicare o de HICN:
☐ Hijo ☐ Hija	Nombre:		Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:
Fecha de finalización de la cobertura anterior *(dd/mm/aa)*:	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre la siguiente atención? Atención médica: ☐ Sí ☐ No Atención dental: ☐ Sí ☐ No Atención de la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B / N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

6. Seguro de vida grupal temporal, si corresponde.

(Adjunte una hoja por separado para beneficiarios adicionales o contingentes).

Cobertura de seguro de vida y muerte o pérdida de miembros por accidente: ☐ Sí ☐ No

Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%

El "contrato del plan" hace referencia al *Contrato Grupal de Servicios* y a la *Evidencia de Cobertura* de Health Net of California, Inc. o Dental Benefit Providers of California, Inc. La "póliza de seguro" hace referencia al *Certificado de Seguro* y a la *Póliza de Grupo* de Health Net Life Insurance Company.

Nombre del empleado: _____ Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social/TIN: __ __ __ __

7. Rechazo de cobertura (Complete esta sección si usted o uno de sus dependientes elegibles rechazan alguna cobertura).

Información personal del empleado

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	N.º de Seguro Social/ n.º de ID de matrícula consular:

Rechazo de la cobertura médica para:
☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Dependiente(s)
Nombre(s): _____
Motivo: ☐ Otra cobertura grupal a través de este empleador ☐ Cobertura individual ☐ Otra cobertura grupal a través de otro grupo *(por ejemplo, el empleador del cónyuge)* ☐ Otro: _____

Rechazo de la cobertura médica para:
☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Dependiente(s)
Nombre(s): _____
Motivo: ☐ Otra cobertura grupal a través de este empleador ☐ Cobertura individual ☐ Otra cobertura grupal a través de otro grupo *(por ejemplo, el empleador del cónyuge)* ☐ Otro: _____

Rechazo de la cobertura médica para:
☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Dependiente(s)
Nombre(s): _____
Motivo: ☐ Otra cobertura grupal a través de este empleador ☐ Cobertura individual ☐ Otra cobertura grupal a través de otro grupo *(por ejemplo, el empleador del cónyuge)* ☐ Otro: _____

SI RECHAZA LA COBERTURA, DETÉNGASE Y LEA CON ATENCIÓN

He decidido rechazar la cobertura para mí o mis dependientes. Entiendo que es posible que mis dependientes y yo tengamos que esperar para inscribirnos hasta el próximo período de inscripción abierta anual o el período de inscripción especial debido a un hecho calificador. Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles, y he tenido la oportunidad de solicitarlas. Además, al firmar a continuación, certifico, a mi leal saber y entender, que el motivo por el que rechazo la cobertura es adecuado, como se indicó en las marcas de verificación anteriores.

Firma del empleado (o firma electrónica): _____ **Fecha:** _____
(Firme únicamente si rechaza la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).

8. Aceptación de cobertura (Firma requerida).

La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud requieran una prueba de detección de VIH o la usen como condición para obtener la cobertura de seguro de salud.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO: Entiendo y estoy de acuerdo en que al inscribirme en Health Net, o DBP, o al aceptar sus servicios, tanto yo como mis dependientes inscritos estamos obligados a comprender y cumplir con los términos, las condiciones y las disposiciones del contrato del plan o de la póliza de seguro. Afirmo que leí y entendí los términos de esta solicitud. Mi firma a continuación indica que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, y está completa, a mi leal saber y entender, y que yo acepto dichos términos.

ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Yo, el solicitante, entiendo y estoy de acuerdo en que todas y cada una de las disputas entre mi persona (incluido cualquier miembro de mi familia inscrito, heredero o representante personal) y Health Net, excepto las disputas relacionadas con determinaciones adversas de beneficios, según se define en la sección 147.136 del título 45 del Código de Regulaciones Federales, que surja o se relacione con la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*, o con mi cobertura de Health Net, deben ser sometidas a arbitraje individual, vinculante y definitivo, en lugar de a juicio por un tribunal o un jurado, y que estoy renunciando a todos los derechos del arbitraje de clase. Este acuerdo para arbitrar se aplica incluso si otras partes, como proveedores de atención de salud o sus agentes o empleados, están involucradas en ella. Comprendo que, al aceptar someter todas las disputas, excepto las disputas relacionadas con determinaciones adversas de beneficios, a arbitraje vinculante y definitivo, todas las partes, incluida Health Net, están renunciando a su derecho constitucional de que un jurado resuelva la disputa en un tribunal. Asimismo entiendo que las disputas que pueda tener con Health Net relacionadas con reclamos por mala praxis médica (es decir, determinar si algunos de los servicios médicos prestados eran innecesarios, no estaban autorizados o se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente) también están sujetas a un arbitraje vinculante y definitivo. Sé que la *Evidencia de Cobertura* y el *Certificado de Seguro* incluyen una disposición de arbitraje más detallada. Es posible que el arbitraje obligatorio no se aplique a determinadas disputas si el plan del empleador está sujeto a la ERISA, secciones 1001461 del título 29 del Código de los EE. UU. Mi firma a continuación indica que entiendo y acepto los términos de este acuerdo de arbitraje vinculante. Asimismo acepto someter cualquier disputa, excepto las disputas relacionadas con determinaciones adversas de beneficios, a arbitraje vinculante en lugar de a un tribunal.

Firma del empleado (o firma electrónica): _____ **Fecha:** _____
(Firme únicamente si acepta la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).

Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance Company son subsidiarias de Health Net, LLC. Health Net y Salud con Health Net son marcas de servicio registradas de Health Net, LLC. Todas las demás marcas comerciales/marcas de servicio identificadas continúan siendo propiedad de sus respectivas compañías. Todos los derechos reservados.

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)