



Pequeña Empresa

Solicitud de Inscripción y Cambios en la Cobertura de Grupo para 2027

Los planes médicos son brindados 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 es necesario realizar una corrección, tache la información incorrecta, escriba la información correcta de forma clara al lado y asegúrese de que la corrección sea legible.**

Solo para uso administrativo:

Empresa o grupo actual
PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
www.healthnet.com

Nueva empresa o grupo
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 reúne los requisitos (solo para nuevas contrataciones):

☐ Igual que la fecha de contratación ☐ Otra: _____

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 ☐ \$10 ☐ \$20 ☐ \$30 ☐ \$35	Gold ☐ \$30 ☐ \$35 ☐ \$40 ☐ \$50 ☐ \$55	Silver ☐ \$55	Platinum ☐ \$10 ☐ \$20 ☐ \$30 ☐ \$35	Gold ☐ \$30 ☐ \$35 ☐ \$40 ☐ \$50 ☐ \$55	Silver ☐ \$55
WholeCare HMO Network ¹			Salud HMO y Más Network ³		
Platinum ☐ \$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 Network			
☐ Platinum PPO 0/5 ☐ Platinum PPO 0/25 ☐ Platinum PPO 250/15 ☐ Platinum PPO 500/20	☐ Gold PPO 0/35 ☐ Gold PPO 500/30 ☐ Gold PPO 500/20 ☐ Gold PPO 750/25 ☐ Gold PPO 1000/30 ☐ Gold PPO 1500/35 ☐ Gold HDHP PPO 1750/30%	☐ Silver PPO 1750/50 ☐ Silver PPO 2250/55 ☐ Silver PPO 2500/60 STD ☐ Silver PPO 2500/60 ALT ☐ Silver PPO 2900/65 ☐ Silver HDHP PPO 1750/50% ☐ Silver HDHP 3500/35%	☐ Bronze PPO 5800/60 ☐ Bronze HDHP PPO 7800/0%

Otros planes:

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

2. Motivo de la solicitud

Cambios en el contrato actual ☐ Cambio de plan ☐ Cambio de dirección (postal) ☐ Quitar dependiente ☐ Cambio de fecha de nacimiento ☐ Cambio de nombre ☐ Recuperar cobertura anterior ☐ Otro: _____	☐ Nueva contratación o empleado recientemente elegible ☐ Inscripción abierta ☐ Pérdida de cobertura Periodo de inscripción especial Fecha del hecho calificador: ____ / ____ / ____	☐ Fecha de entrada en vigor de COBRA ⁴ : ____ / ____ / ____ Hecho calificador para COBRA: _____ Fecha del hecho calificador para COBRA: ____ / ____ / ____
	Agregar cónyuge/dependiente: ☐ Matrimonio ☐ Recién nacido/adopción/tutela legal/orden judicial/presunción de paternidad ☐ Pérdida de la cobertura anterior ☐ Pareja doméstica ☐ 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).

3. Información personal del empleado

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección de residencia:					
Ciudad:				Estado:	Código postal:
Dirección postal (si corresponde):					
Ciudad:				Estado:	Código postal:
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 (dd/mm/aaaa): / /	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					
Nombre del grupo médico participante:			Nombre del médico de atención primaria:		
N.º de ID de inscripción del médico y del PPG			¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No		

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

(Agregue hojas adicionales si es necesario).

Cónyuge/pareja doméstica ☐ M ☐ F	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:		
Nombre del grupo médico participante:		Nombre del médico de atención primaria:	
N.º de ID de inscripción del médico y del PPG		¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No	

4. Información de la familia: enumere todos los miembros de la familia elegibles para inscribirse. (continuación) (Agregue hojas adicionales si es necesario).

☐ Hijo ☐ Hija	Dependiente con discapacidad: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", para dependientes mayores de 26 años proporcione el certificado de discapacidad del dependiente.		
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:		Nombre del médico de atención primaria:	
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP:		¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No	

☐ Hijo ☐ Hija	Dependiente con discapacidad: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", para dependientes mayores de 26 años proporcione el certificado de discapacidad del dependiente.		
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:		Nombre del médico de atención primaria:	
N.º de ID de inscripción del PPG/PCP:		¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No	

☐ Hijo ☐ Hija	Dependiente con discapacidad: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", para dependientes mayores de 26 años proporcione el certificado de discapacidad del dependiente.		
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:	
Nombre del grupo médico participante:		Nombre del médico de atención primaria:	
N.º de ID de inscripción del médico y del PPG		¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No	

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? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No 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? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No 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? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No 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? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No 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? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No 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? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No 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 Life/AD&D: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", complete esta sección.

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.

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 la cobertura médica para: ☐ Afiliado ☐ 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 la cobertura dental para: ☐ Afiliado ☐ 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 la cobertura de la vista para: ☐ Afiliado ☐ 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 digital): _____

Fecha: _____

(Firme únicamente si acepta la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).

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 (TTY: 711) 1-800-522-0088

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

बनाी लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषयिी प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लए, आपके आईडी कार्ड पर दए 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 Jíik'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néího'dółzinígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' áajil' 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. 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)

ਬਨਿ 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).

FLY1775151XH01w (10/24)