



3. 如何取得照護

預先核准（事先授權）

對於一些類型的照護，您的 PCP 或專科醫師則必須先取得 Health Net 的許可，您才能獲得照護。這稱為申請預先核准或事先授權。這代表 Health Net 必須確定照護是醫療所必需（需要）。

醫療所必需的服務是指為了保護您的生命、避免您罹患重症或成為殘疾、或者為了減少確診疾病、病症或傷勢的劇烈疼痛而合理必要的服務。對於未滿 21 歲的會員，Medi-Cal 服務包括為了解決或協助緩解身體或精神疾病或病況而醫療所必需的照護。

以下服務一律需要預先核准（事先授權），即使您是從 Health Net 網絡內的醫療服務提供者取得這些服務：

- 非急診情況下的住院
- Health Net 服務區域以外的服務，但急診或緊急照護除外
- 在護理機構（包括與 Department of Health Care Services 亞急性照護單位簽約的成人和兒科亞急性照護機構）或中級照護機構（包括發展障礙者中級照護機構 (ICF/DD)、ICF/DD-適應訓練型 (ICF/DD-H)、ICF/DD-護理型 (ICF/DD-N)）接受的長期照護或特護療養服務
- 進階造影
- 在非緊急情況下使用醫療交通運輸服務

急診救護車服務不需要獲得預先核准（事先授權）。



請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）與會員服務部聯絡。

Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 711。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

針對標準的預先核准（事先授權）申請，Health Net 必須視您的健康狀況需要盡快回覆您的申請，但最遲不得超過 Health Net 收到其為決定（核准、變更或駁回）您的申請而合理所需之資訊後五個工作日。Health Net 必須在 Health Net 收到您的請求後七個日曆日內作出回應。

如果醫療服務提供者或 Health Net 發現遵守標準時間範圍可能會對您的生命或健康、或您獲得、維持或恢復身體最佳機能之能力造成嚴重傷害的申請，Health Net 將會作出快速加急預先核准（事先授權）決定。Health Net 將視您的健康狀況需要盡快回應，但最遲不超過 Health Net 收到您的請求後 72 小時。

在某些情況下，Health Net 可能需要更多資訊，才能就您的預先核准（事先授權）申請做出決定（核准、變更或駁回）。若發生這種情況，Health Net 有最多 14 個日曆日來做出決定。Health Net 收到所需資訊後，必須視您的健康狀況需要盡快做出決定，但標準申請最遲不得超過五個工作日，加急申請則不得超過 72 小時。您的醫療服務提供者可要求 Health Net 延長對標準申請的回覆期限。無論是標準申請還是加急申請，您均可申請延長處理時限。醫師、護士及藥劑師等臨床或醫療人員會審查預先核准（事先授權）申請。

Health Net 不會以任何方式影響審查員拒絕、變更或核准承保範圍或服務的決定。如果 Health Net 未核准申請，Health Net 會向您寄送一封行動通知 (NOA) 信函。NOA 會向您說明如果您不同意我們所作的決定，如何提出上訴。

如果 Health Net 需要更多資訊或更多時間才能審查您的請求，Health Net 便會與您聯絡。

您無需獲得預先核准（事先授權）即可接受急診照護，即使是在 Health Net 網絡外或服務區域外也一樣。如果您懷孕，此規定也適用於生產與分娩。您的某些敏感照護服務不需要預先核准（事先授權）。如欲瞭解有關敏感照護服務的更多資訊，請參閱本章後面的「敏感照護」。

如對預先核准（事先授權）有疑問，請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）。



請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）與會員服務部聯絡。

Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 711。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

第二意見諮詢

您可能會希望就醫療服務提供者表示您需要的照護，或就您的診斷結果或治療計畫尋求第二意見。例如，如果您想確認自己的診斷結果正確、不確定自己是否需要處方治療或手術，或是您已嘗試遵循治療計畫卻未見效，您可能會想尋求第二意見。

如果您或您的網絡內醫療服務提供者要求獲得第二意見，而且您透過網絡內醫療服務提供者取得第二意見，**Health Net** 將會支付費用。您無需取得 **Health Net** 的預先核准（事先授權），即可取得網絡內醫療服務提供者的第二意見。如果您想獲得第二意見，我們將會為您轉診可為您提供第二意見的合格網絡內醫療服務提供者。

如需尋求第二意見及協助選擇醫療服務提供者，請致電 **1-800-675-6110**（聽障專線 **711**）。如果您需要第二意見，您的網絡內醫療服務提供者也可以協助您獲得轉介以取得第二意見。

如果 **Health Net** 網絡中沒有醫療服務提供者可為您提供第二意見，**Health Net** 將會支付透過網絡外醫療服務提供者取得第二意見的費用。**Health Net** 將視您的醫療狀況所需盡快告知您，您選擇為您提供第二意見的醫療服務提供者是否獲准；但最遲不超過自 **Health Net** 收到其合理認為裁決您申請所需資訊之日起的五個工作日。**Health Net** 必須在 **Health Net** 收到您申請後的七個日曆日內作出回應。

如果您罹患慢性疾病、重度或嚴重疾病，或者您面臨立即且嚴重的健康威脅，其中包括但不限於喪失生命、肢體或重要身體部位或身體機能，**Health Net** 將會在收到您申請後的 **72** 小時內透過書面方式通知您。

如果 **Health Net** 拒絕您的第二意見申請，您可以提出申訴。如欲進一步瞭解有關申訴的資訊，請參閱本手冊第 **6** 章的「投訴」。



請致電 **1-800-675-6110**（聽障專線 **711**）與會員服務部聯絡。

Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 **711**。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

4. 福利及服務

Medi-Cal 福利由 Health Net 承保

牙科服務

如果您居住在 **Los Angeles** 或 **Sacramento** 縣：Medi-Cal 會使用 Medi-Cal Dental 計畫（牙科管理式照護計畫）為您提供牙科服務。

如果您居住在 **Sacramento** 縣，您必須投保 Medi-Cal Dental 計畫（牙科管理式照護計畫）。

如欲瞭解更多資訊，請瀏覽 Medi-Cal 醫療保健選項的網站

<https://www.dhcs.ca.gov/Pages/myMedi-Cal.aspx>。

如果您居住在 **Los Angeles** 縣，您可以繼續參加按服務收費 (FFS) Medi-Cal Dental 計畫，或者您可選擇 Medi-Cal Dental 計畫（牙科管理式照護計畫）。如欲選擇或變更您的牙科計畫，請致電 1-800-430-4263 與 Medi-Cal 醫療保健選項聯絡。您可能無法同時投保 PACE 或 SCAN 計畫以及 Medi-Cal Dental 計畫（牙科管理式照護計畫）。

Medi-Cal 承保牙科服務，包括：

- 全口和局部假牙
- 牙冠（預製／技工室）
- 診斷和預防性牙科服務（例如檢查、X 光及洗牙）
- 控制疼痛的急診照護
- 充填
- 符合資格之兒童的齒列矯正
- 根管治療（前牙／後牙）
- 刮治和牙根整平
- 拔牙
- 局部塗氟

如果您居住在 **Los Angeles** 或 **Sacramento** 縣並對牙科服務有疑問或想瞭解更多資訊，同時您投保了 Medi-Cal Dental 計畫（牙科管理式照護計畫），請致電您指定的 Medi-Cal Dental 計畫（牙科管理式照護計畫）。



請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）與會員服務部聯絡。
Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 711。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

其他 Medi-Cal 方案和服務

您可以透過按服務收費 (FFS) Medi-Cal 或其他 Medi-Cal 方案取得的其他服務

Health Net 不承保某些服務，但您仍可以透過 FFS Medi-Cal 或其他 Medi-Cal 計畫取得這些服務。Health Net 將會與其他計畫進行協調，以確保您獲得所有醫療所必需的服務，包括由其他計畫而非 Health Net 承保的服務。本節列出了這些服務當中的部分服務。如欲瞭解詳情，請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）。

牙科服務

如果您居住在 **Amador、Calaveras、Inyo、Mono、San Joaquin、Stanislaus、Tulare 和 Tuolumne 縣**，Medi-Cal Dental FFS 與您牙科服務所適用的 Medi-Cal FFS 相同。在您獲得牙科服務之前，您必須向牙科醫療服務提供者出示您的 Medi-Cal 福利識別卡 (BIC) 卡。請確認醫療服務提供者有接受 Dental FFS，且您未加入承保牙科服務的管理式照護計畫。

Medi-Cal 透過 Medi-Cal Dental 承保範圍廣泛的牙科服務，包括：

- 全口和局部假牙
- 牙冠（預製／技工室）
- 診斷和預防性牙科服務（例如檢查、X 光及洗牙）
- 控制疼痛的急診照護
- 充填
- 符合資格之兒童的齒列矯正
- 根管治療（前牙／後牙）
- 刮治和牙根整平
- 拔牙
- 局部塗氟

如果您對牙科服務有疑問或想瞭解更多資訊，請致電 1-800-322-6384（聽障專線 1-800-735-2922 或 711）與 Medi-Cal Dental 聯絡。您也可以瀏覽 Medi-Cal Dental 網站 <https://www.dental.dhcs.ca.gov>。



請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）與會員服務部聯絡。
Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 711。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

5. 兒童與青少年保健

未滿 21 歲的兒童與青少年會員可在投保後立即接受必要的醫療保健服務。這可確保他們獲得適當的預防性服務、牙科服務和精神健康照護，包括發展和專科服務。本章將會說明這些服務。

您可透過按服務收費 (FFS) 的 Medi-Cal 或其他方案取得的其他服務

牙齒檢查

每天使用毛巾輕輕擦拭您寶寶的牙齦以協助保持其牙齦的清潔。在大約四個月到六個月時，寶寶會開始長牙，便開始進入「長牙期」。您應在您孩子長出第一顆牙齒後盡快預約其首次牙科看診，或者在其一歲生日之前預約其首次牙科看診，以兩者當中日期較早者為準。

這些 Medi-Cal 牙科服務在以下情況為免費提供：

0 歲至 3 歲的寶寶

- 寶寶的首次牙科看診
- 寶寶的首次牙齒檢查
- 牙齒檢查（每六個月一次，有時候更頻繁）
- X 光
- 洗牙（每六個月一次，有時候更頻繁）
- 塗氟（每六個月一次，有時候更頻繁）
- 充填
- 拔牙（拔除牙齒）
- 急診牙科服務
- *鎮靜（如為醫療所必需）

4 歲至 12 歲的兒童

- 牙齒檢查（每六個月一次，有時候更頻繁）
- 洗牙（每六個月一次，有時候更頻繁）
- 臼齒封填劑
- 充填
- X 光
- 塗氟（每六個月一次，有時候更頻繁）
- 根管治療
- 拔牙（拔除牙齒）
- 急診牙科服務
- *鎮靜（如為醫療所必需）



請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）與會員服務部聯絡。

Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 711。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

13-20 歲的年輕人

- 牙齒檢查（每六個月一次，有時候更頻繁）
- X 光
- 塗氟（每六個月一次，有時候更頻繁）
- 洗牙（每六個月一次，有時候更頻繁）
- 符合資格者的齒列矯正（牙套）
- 充填
- 牙冠
- 根管治療
- 部分和全口假牙
- 刮治和牙根整平
- 拔牙（拔除牙齒）
- 急診牙科服務
- *鎮靜（如為醫療所必需）

*若醫療服務提供者判定並記錄了局部麻醉在醫療上不適合的原因，並且牙科治療已獲得預先核准或不需要預先核准（事先授權）時，應考慮鎮靜和全身麻醉。

以下是無法使用局部麻醉而可能改用鎮靜或全身麻醉的某些原因：

- 阻止患者對醫療服務提供者嘗試進行治療做出反應的身體、行為、發育或情緒狀況
- 重大的修復或外科手術
- 孩子不配合
- 注射部位有急性感染
- 局部麻醉劑無法控制疼痛

如果您對牙科服務有疑問或想瞭解更多資訊，請致電 Medi-Cal Dental 客戶服務專線 1-800-322-6384（聽障專線 1-800-735-2922 或 711），或瀏覽 <https://smilecalifornia.org/>。



請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）與會員服務部聯絡。
Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 711。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

6. 通報和解決問題

州政府聽證會

州政府聽證會是 Health Net 與 California Department of Social Services (CDSS) 法官的會面。法官會協助解決您的問題並決定 Health Net 是否做出了正確的決定。如果您已經向 Health Net 申請上訴，但您對我們的決定仍感到不滿，或者如果您在提出上訴的 30 天後仍未收到決定，則您有權要求舉行州政府聽證會。

您需在上訴決議通知 (NAR) 函日期起的 120 天內提出州政府聽證會申請。如果我們在您上訴期間為您提供待審期間補助給付，且您希望繼續獲得待審期間補助給付直到州政府聽證會決定結果出來為止，您必須在 NAR 信函日期起的 10 天內或者在我們表示服務將會終止之日之前申請州政府聽證會，以兩者當中日期較晚者為準。

如果您需要協助確保待審期間補助給付將會繼續提供直到州政府聽證會的最終決定結果出來為止，請致電 1-800-675-6110 與 Health Net 聯絡，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。如果您有聽力或言語障礙，請致電聽障專線 711。您的授權代表或醫療服務提供者可在獲得您書面許可的情況下代您要求舉行州政府聽證會。

有時候，您可在未完成上訴程序的情況下申請州政府聽證會。

例如，如果 Health Net 未正確或準時通知與您服務有關的事宜，您便可在未完成上訴程序的情況下申請州政府聽證會。這稱為認定已用完問題解決方法。以下是認定已用完問題解決方法的一些例子：

- 我們沒有以您慣用的語言為您提供行動通知 (NOA) 或 NAR 信函
- 我們有作業疏失導致您的任何權利受到影響
- 我們沒有為您提供 NOA 信函
- 我們沒有為您提供 NAR 信函
- 我們 NAR 信函中的資訊有誤
- 我們未在 30 天內針對您的上訴作出決定
- 我們判定您的個案情況緊急，但卻未在 72 小時內針對您的上訴作出回覆



請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）與會員服務部聯絡。
Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 711。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

您可透過下列方式申請州政府聽證會：

- **透過電話：**致電 1-800-743-8525（聽障專線 1-800-952-8349 或 711）聯絡 CDSS 的州政府聽證處
- **透過郵寄：**填寫隨附於您上訴決議通知的表格並寄送至：
California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814
- **線上：**在 www.cdss.ca.gov 網站申請聽證會
- **透過電子郵件：**填寫隨附於您上訴解決通知的表格並將其發送電子郵件至 Scopeofbenefits@dss.ca.gov
 - 請注意：如果您以電子郵件傳送，可能會有被州政府聽證處以外的人截取您電子郵件的風險。請考慮使用更安全的方式傳送您的申請。
- **透過傳真：**填寫隨附於您上訴決議通知的表格並傳真至州政府聽證處，傳真 1-916-309-3487 或免費號碼 1-833-281-0903

如果您需要協助要求舉行州政府聽證會，我們可為您提供協助。我們會為您提供免費的語言服務。請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）。

在聽證會上，您將告訴法官您不同意 **Health Net** 決定的原因。**Health Net** 會告訴法官我們是如何做出決定的。法官可能需要長達 90 天的時間才能針對您的個案作出決定。**Health Net** 必須遵循法官的決定行事。

如果舉行州政府聽證會所需的時間將會危害您的生命、健康或完整的身體機能，因此您希望 CDSS 快速作出決定，您本人、您的授權代表或醫療服務提供者可與 CDSS 聯絡並要求舉行加急（快速）州政府聽證會。CDSS 必須在透過 **Health Net** 收到您完整個案檔案後的三個工作日內作出決定。



請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）與會員服務部聯絡。
Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 711。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

7. 權利及責任

身為 Health Net 會員，您擁有特定權利及責任。本章說明了這些權利及責任。本章還包含您身為 Health Net 會員有權獲得的法律聲明。

行動通知

Health Net 只要拒絕、延遲、終止或修改醫療保健服務請求，Health Net 便會向您寄送一封「行動通知」(NOA) 信函。如果您不同意 Health Net 的決定，您隨時都可向 Health Net 提出上訴。請參閱本手冊第 6 章「上訴」一節，以瞭解有關提出上訴的重要資訊。當 Health Net 寄送 NOA 給您時，如果您不同意我們所作的決定，通知中將會為您說明您所擁有的所有權利。如果您收到這份通知，而發件人並非 Health Net 或其分包商，請立即聯絡 Health Net。

通知中的內容

如果 Health Net 完全或部分基於醫療必要性對您的服務進行拒絕、延遲、修改、終止、暫停或減少，則您的 NOA 必須包含以下內容：

- Health Net 打算採取的行動聲明
- Health Net 決策原因的清晰簡潔說明
- Health Net 的決定方式，包括 Health Net 使用的規定
- 決定依據的醫療原因。Health Net 必須明確說明您的病況如何不符合規定或指南。
- 關於您有權免費索取所有與 NOA 相關之文件及記錄副本的資訊。

翻譯

Health Net 需要以常用的首選語言完整翻譯並提供書面會員資訊，包括所有申訴和上訴通知。

完整翻譯的通知必須包括 Health Net 決定拒絕、延遲、修改、減少、終止、暫停或減少醫療保健服務請求的醫療原因。

如果沒有提供您首選語言的翻譯，則 Health Net 必須以您的首選語言提供口頭協助，以便您瞭解您所收到的資訊。

LTR066518CP00



請致電 1-800-675-6110（聽障專線 711）與會員服務部聯絡。
Health Net 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。此為免付費電話。或致電加州聽語障人士轉接專線 711。請瀏覽網站 www.healthnet.com。

Health Net 遵守適用的州和聯邦民權法律，不會因種族、膚色、國籍、年齡、精神障礙、身體殘疾、性別（包括懷孕、性取向和性別認同）、宗教、血統、族裔、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況或性別而歧視、排斥他人或以不同方式對待。

Health Net：

- 為殘疾人士及時提供免費援助與服務，幫助他們有效地與我們溝通，例如：
 - 提供合格的手語翻譯
 - 提供其他形式的書面資訊（大字版、音訊、易於讀取的電子格式、其他格式）
- 為非英語母語人士提供免費語言服務，比如：
 - 提供合格的口譯員
 - 以其他語言書寫資訊
 - 如果您需要上述服務，請致電 1-800-675-6110（聽障專線：711）與 **Health Net** 客戶聯絡中心聯絡，服務時間為每年 365 天、每週 7 天、每天 24 小時。

我們可以根據要求向您提供本文件的盲文版、大字版、錄音帶或電子格式。要獲得上述任一替代格式的副本，請致電或寫信至：

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

客戶聯絡中心 1-800-675-6110 (TTY: 711)

加州聽語障人士轉接服務 711

如果您認為 **Health Net** 未提供這些服務或以其他方式基於種族、膚色、國籍、年齡或性別（包括懷孕、性取向和性別認同）、精神殘障、身體殘疾、宗教、血統、族群識別、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況或性別而歧視您，您可以向 **1557** 協調員提出申訴。

您可透過電話、當面或信函、傳真或電子郵件的方式提出申訴。如果您需要協助提出申訴，我們的 **1557 協調員** 可協助您。

- 透過電話：致電 855-577-8234 (TTY: 711)，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00（美東時間）
- 透過傳真：1-866-388-1769
- 透過信函：寫信並寄送至 Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631
- 電子方式：傳送電子郵件至 SM_Section1557Coord@centene.com 您可以在 Health Net 網站：https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discriminationnotice-medi-cal.html 找到本通知
- 當面：前往您的醫生辦公室或 Health Net，並表示您要提出申訴。

您也可以透過電話、信函或電子方式向 California Department of Health Care Services 的民權辦公室提交民權投訴：

- 透過電話：Call 916-440-7370。如果您有語言或聽力障礙，請致電 711。

- 透過信函：填寫投訴表，或書寫信函並寄送至民權辦公室副主任，地址為 Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413。您可在 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 網站找到投訴表
- 電子方式：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

您也可向美國 Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出民權投訴。您可透過民權辦公室的投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 在線上提出投訴，或者透過電話、信函或電子方式提出投訴，聯絡資訊如下：

- 透過信函：U.S.Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201
- 透過電話：1-800-368-1019，1-800-537-7697（聽障專線 1-800-368-1019，1-800-537-7697（聽障專線））
- 電子方式：您可在 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> 網站找到投訴表。

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (TTY: 711) 1-800-675-6110 تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ խոշոր տպագրությամբ: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាអក្សរធ្លាក់ជាកម្រិតផ្គត់ផ្គង់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese (Simplified): 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电 1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如盲文和大字版文档。这些服务免费为您提供。

Chinese (Traditional): 如果您或您正在幫助的其他人需要語言服務，請致電 1-800-675-6110 (TTY: 711)。另外，還為殘疾人士提供輔助和服務，例如盲文和大字版文件。這些服務對您免費提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با خط بزرگ و چاپ درشت نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)।

विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे 'ब्रेल' लिपि और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、点字や大活字の文書などの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 점자 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານດິດໂຕບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Beiv hnangv meih ganh a'fai meih tengx ga'hlen mienh, se gorngv qiemx zuqc longc tengx porv waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-675-6110 (TTY: 711). Mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong tengx waaic fangx mienh, beiv zoux sou benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux domh nzangc. Naaiv deix gong-bou jauv-louc mv zuqc heuc meih ndortv nyaanh cingv.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы, выполненные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en braille y en letra grande. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille at mga malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น เอกสารในรูปแบบอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ บริการ เหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-800-675-6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và bản in khổ lớn. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.