



3. 如何获得护理

预先批准（提前授权）

对于有些类型的护理，PCP 或专科医生将需要先得到 Health Net 许可，您才能获得护理。这称为请求预先批准或提前授权。这意味着 Health Net 必须确保该护理是医学上必需（必要）的服务。

医学上必需的服务是为了保护您的生命、防止您患上严重疾病或残疾，或者减少已确诊疾病、病症或损伤带来的剧痛而合理所需的服务。对于未满 21 岁的会员，Medi-Cal 服务包括为解决或帮助缓解身体或心理疾病或状况而提供的医学上必需的护理。

即使是从 Health Net 网络内医疗服务提供者处获得，下列服务也**始终**需要获得预先批准（提前授权）：

- 非急诊的住院
- 在 Health Net 服务区域外的非急诊或非紧急护理服务
- 在护理机构（包括与 Department of Health Care Services 亚急性护理单位签约的成人和儿童亚急性护理机构）或中级护理机构（包括发育障碍者中级护理机构 (ICF/DD)、ICF/DD-适应训练型 (ICF/DD-H)、ICF/DD-护理型 (ICF/DD-N)）获得的长期护理或专业护理服务
- 高级成像
- 非急诊医疗交通服务

急诊救护车服务不需要预先批准（提前授权）。

对于标准预先批准（提前授权）申请，Health Net 必须根据您的健康状况要求尽快对您的申请作出回复，但最迟不得超过 Health Net 收到其为合理决定（批准、变更或拒绝）您的申请而需要的信息之日起的五个工作日。Health Net 必须在 Health Net 收到您的申请后七个日历日内作出回复。



请致电会员服务部，电话 1-800-675-6110（听障专线 711）。

Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 711。或者在线访问 www.healthnet.com。

如果医疗服务提供者或 **Health Net** 认定，按照标准时限处理可能会严重危及您的生命或健康或者达到、维持或恢复身体最佳机能的能力，则 **Health Net** 将会做出快速预先批准（提前授权）决定。**Health Net** 将根据您的健康状况需要尽快作出回应，但最迟不会超过 **Health Net** 收到您的申请后 72 小时。

在某些情况下，**Health Net** 可能需要更多信息来决定（批准、变更或拒绝）您的预先批准（提前授权）申请。如果发生这种情况，**Health Net** 最多可以再延长 14 个日历日作出决定。一旦 **Health Net** 收到所需信息，就必须根据您的健康状况需要尽快作出决定，但标准申请的处理时限不得超过五个工作日，加急申请的处理时限不得超过 72 小时。您的医疗服务提供者可以申请延长 **Health Net** 回复标准申请的时间。您可以申请延长标准申请或加急申请的处理时间。医生、护士和药剂师等临床或医务人员负责审查预先批准（提前授权）申请。

Health Net 不会以任何方式影响审查者拒绝、变更或批准承保项目或服务的决定。如果 **Health Net** 未批准申请，**Health Net** 将向您发送行动通知 (NOA) 函。NOA 将会告诉您，如果您不同意该决定如何提出上诉。

如果 **Health Net** 需要更多信息或更多时间来审查您的申请，则 **Health Net** 将会与您联系。

对于急诊护理，即使是在 **Health Net** 网络外或服务区域外，您也无需获得预先批准（提前授权）。如果您怀孕了，此规定也适用于分娩和生产。某些敏感护理服务无需预先批准（提前授权）。如需了解关于敏感护理服务的更多信息，请阅读本章后面的“敏感护理”部分。

如果对预先批准（提前授权）有疑问，请致电 1-800-675-6110（听障专线 711）。



请致电会员服务部，电话 1-800-675-6110（听障专线 711）。

Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 711。或者在线访问 www.healthnet.com。

第二诊疗意见

关于医疗服务提供者认为您需接受的护理或者关于您的诊断结果或治疗计划，您可能希望获得第二诊疗意见。例如，如果您想确保自己的诊断结果正确、您不确定自己是否需要遵医嘱接受治疗或手术，或者您已尝试遵照治疗计划，但是没有效果，则您可能希望获得第二诊疗意见。

如果您或网络内医疗服务提供者提出要求，并且您从网络内医疗服务提供者处获得第二诊疗意见，则 **Health Net** 将会为此第二诊疗意见支付费用。从网络内医疗服务提供者处获得第二诊疗意见无需获得 **Health Net** 的预先批准（提前授权）。如果您希望获得第二诊疗意见，我们会将您转介给具备资格的网络内医疗服务提供者，由其为您提供第二诊疗意见。

如需申请第二诊疗意见并获得选择医疗服务提供者的帮助，请致电 **1-800-675-6110**（听障专线 **711**）。如果您有需要，网络内医疗服务提供者也可帮助您转介第二诊疗意见。

如果 **Health Net** 网络内没有医疗服务提供者可为您提供第二诊疗意见，则 **Health Net** 将会为您从网络外医疗服务提供者处获得的第二诊疗意见付费。**Health Net** 将根据您的医疗状况所需，尽快告知您为获得第二诊疗意见而选择的医疗服务提供者是否获准，但最迟不会超过 **Health Net** 收到其为决定您申请而合理所需信息之日起的五个工作日。

Health Net 必须在 **Health Net** 收到您申请后的七个日历日内作出回应。

如果您患有慢性、重大或严重的疾病，或者您的健康面临立即且严重的威胁，包括但不限于丧失生命、肢体或是重要身体部位或身体机能，则 **Health Net** 将会在收到您申请后的 72 小时内以书面形式通知您。

如果 **Health Net** 拒绝了您的第二诊疗意见申请，您可以提出申诉。如需了解关于申诉的更多信息，请阅读本手册第 6 章 中的“投诉”部分。



请致电会员服务部，电话 **1-800-675-6110**（听障专线 **711**）。

Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 **711**。或者在线访问 www.healthnet.com。

4. 福利和服务

由 Health Net 承保的 Medi-Cal 福利

牙科服务

如果您居住在 **Los Angeles** 或 **Sacramento** 县：Medi-Cal 将使用 Medi-Cal Dental 计划（牙科管理式护理计划）为您提供牙科服务。

如果您居住在 **Sacramento** 县，您必须投保 Medi-Cal Dental 计划（牙科管理式护理计划）。

如需了解更多信息，请访问 Medi-Cal 医疗保健选项网站

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

如果您居住在 **Los Angeles** 县，您可以继续参加 Medi-Cal Dental 按服务收费计划 (FFS)，也可以选择 Medi-Cal Dental 计划（牙科管理式护理计划）。若要选择或变更您的牙科计划，请致电 Medi-Cal 医疗保健选项，电话 1-800-430-4263。您不可以同时投保 PACE 或 SCAN 计划和 Medi-Cal Dental 计划（牙科管理式护理计划）。

Medi-Cal 承保牙科服务，包括：

- 全口和局部义齿
- 牙冠（预制 / 实验室）
- 诊断和预防性牙科服务，例如检查、X 光和洁牙
- 用于控制疼痛的急诊护理
- 补牙
- 对符合条件的儿童进行的正畸
- 根管治疗（前牙 / 后牙）
- 刮治和根面平整
- 拔牙
- 局部涂氟

如果您居住在 **Los Angeles** 或 **Sacramento** 县，并且对牙科服务有疑问或希望了解更多信息，同时您已投保 Medi-Cal Dental 计划（牙科管理式护理计划），请致电您指定的 Medi-Cal Dental 计划（牙科管理式护理计划）。



请致电会员服务部，电话 1-800-675-6110（听障专线 711）。

Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 711。或者在线访问 www.healthnet.com。

其他 Medi-Cal 计划和服务

您可通过按服务收费 (FFS) Medi-Cal 或其他 Medi-Cal 计划获得的其他服务

Health Net 不承保某些服务，但您仍可通过 FFS Medi-Cal 或其他 Medi-Cal 计划获得这些服务。Health Net 将与其他计划协调，以确保您获得所有在医学上必需的服务，包括由其他计划承保而 Health Net 不承保的服务。本节列出了这些服务中的部分服务。如需了解更多信息，请致电 1-800-675-6110（听障专线 711）。

牙科服务

如果您居住在 **Amador、Calaveras、Inyo、Mono、San Joaquin、Stanislaus、Tulare 及 Tuolumne 县**，Medi-Cal Dental FFS 与您牙科服务所适用的 Medi-Cal FFS 相同。在获得牙科服务之前，您必须向牙科医疗服务提供者出示您的 **Medi-Cal 福利识别卡 (BIC)**。请确保该医疗服务提供者有接受 **Dental FFS**，并且您未参加承保牙科服务的管理式护理计划。

Medi-Cal 通过 Medi-Cal Dental 承保范围广泛的牙科服务，包括：

- 全口和局部义齿
- 牙冠（预制 / 实验室）
- 诊断和预防性牙科服务，例如检查、X 光和洁牙
- 用于控制疼痛的急诊护理
- 补牙
- 对符合条件的儿童进行的正畸
- 根管治疗（前牙 / 后牙）
- 刮治和根面平整
- 拔牙
- 局部涂氟

如果您对牙科服务有疑问或希望了解更多信息，请致电 **Medi-Cal Dental**，电话 1-800-322-6384（听障专线 1-800-735-2922 或 711）。您也可以访问 **Medi-Cal Dental** 网站，网址 <https://www.dental.dhcs.ca.gov>。



请致电会员服务部，电话 1-800-675-6110（听障专线 711）。
Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 711。或者在线访问 www.healthnet.com。

5. 儿童和青少年保健护理

未满 21 岁的儿童和青少年会员投保后即可获得所需的医疗保健服务。这样可确保他们获得适当的预防、牙科和心理健康护理，包括发育和专科服务。本章将说明这些服务。

您可通过按服务收费 (FFS) Medi-Cal 或其他计划获得的其他服务

牙科检查

每天用毛巾轻轻擦拭牙龈以使您宝宝的牙龈保持清洁。在大约四个月到六个月大时，随着宝宝的牙齿开始萌出，开始进入“长牙期”。您应在您孩子第一颗牙齿长出后就为您的孩子预约第一次牙科就诊，或者在您孩子一岁生日之前预约，以日期较早者为准。

这些 Medi-Cal 牙科服务在以下情况为免费提供：

0 到 3 岁的婴儿

- 婴儿的第一次牙科就诊
- 婴儿的第一次牙科检查
- 牙科检查（每六个月一次，有时需要增加次数）
- X 光
- 洁牙（每六个月一次，有时需要增加次数）
- 牙齿涂氟（每六个月一次，有时需要增加次数）
- 补牙
- 拔牙（拔除牙齿）
- 急诊牙科服务
- *镇静（如果在医学上必需）

4-12 岁的儿童

- 牙科检查（每六个月一次，有时需要增加次数）
- 洁牙（每六个月一次，有时需要增加次数）
- 白齿密封剂
- 补牙
- X 光
- 牙齿涂氟（每六个月一次，有时需要增加次数）
- 根管
- 拔牙（拔除牙齿）
- 急诊牙科服务
- *镇静（如果在医学上必需）



请致电会员服务部，电话 1-800-675-6110（听障专线 711）。

Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 711。或者在线访问 www.healthnet.com。

13-20 岁的青少年

- 牙科检查（每六个月一次，有时需要增加次数）
- X 光
- 牙齿涂氟（每六个月一次，有时需要增加次数）
- 洁牙（每六个月一次，有时需要增加次数）
- 针对符合条件者的正畸（牙箍）
- 补牙
- 牙冠
- 根管
- 局部和全口假牙
- 刮治和根面平整
- 拔牙（拔除牙齿）
- 急诊牙科服务
- *镇静（如果在医学上必需）

*当医疗服务提供者确定并记录局部麻醉在医学上不合适的原因，并且牙科治疗已得到预先批准或无需预先批准（提前授权）时，应考虑使用镇静和全身麻醉。

下面是不能使用局部麻醉而可以使用镇静或全身麻醉的一些原因：

- 患者的身体、行为、发育或情绪状况阻碍了其对医疗服务提供者试图实施的治疗做出反应
- 大型修复或外科手术
- 儿童不配合
- 注射部位有急性感染
- 局部麻醉剂无法控制疼痛

如果您对牙科服务有疑问或希望了解更多信息，请致电 Medi-Cal Dental 客户服务专线 1-800-322-6384（听障专线 1-800-735-2922 或 711），或访问 <https://smilecalifornia.org/>。



请致电会员服务部，电话 1-800-675-6110（听障专线 711）。

Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 711。或者在线访问 www.healthnet.com。

6. 报告和解决问题

州听证会

州听证会是与 Health Net 和加利福尼亚社会服务部 (CDSS) 法官一起举行的会议。法官将帮助解决您的问题，并决定 Health Net 做出的决定是否正确。如果您已向 Health Net 申请上诉，但仍然对我们的决定不满意，或者您在 30 天后未得到关于上诉的决定，则您有权申请州听证会。

您必须在收到上诉决议通知 (NAR) 函之日起 120 天内申请州听证会。如果我们在您上诉期间给予您暂领补助，而您希望在州听证会作出决定之前继续获得该补助，则您必须在收到我们 NAR 函后的 10 天内或在我们声明的服务停止日期前申请州听证会，以日期较晚者为准。

如果您需要帮助确保暂领补助持续到州听证会做出最终决定时，请致电 1-800-675-6110 联系 Health Net，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。如果您有听力或言语障碍，请致电听障专线 711。授权代表或医疗服务提供者可以在您书面许可的情况下为您申请州听证会。

有时，您可以不完成上诉流程就申请举行州听证会。

例如，如果 Health Net 未就您的服务正确或按时地向您发出通知，则您可以申请举行州听证会而不必完成上诉流程。这称为视为权利穷竭。下面是视为权利穷竭的部分示例：

- 我们未使用您的首选语言向您提供受理通知 (NOA) 或 NAR 函
- 我们犯的错误影响到您的任何权利
- 我们未向您提供 NOA 函
- 我们未向您提供 NAR 函
- 我们在 NAR 函中提供错误信息
- 我们未在 30 天对您的上诉做出决定
- 我们确定您属于紧急案件，但是未在 72 小时内对您的上诉做出回应

您可以通过以下方式申请州听证会：

- **通过电话：**致电 CDSS 州听证处，电话 1-800-743-8525 (听障专线 1-800-952-8349 或 711)
- **通过邮寄：**填写随您上诉决议通知提供的表格并将其邮寄至：



请致电会员服务部，电话 1-800-675-6110 (听障专线 711)。
Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 711。或者在线访问 www.healthnet.com。

California Department of Social Services
 State Hearings Division
 744 P Street, MS 09-17-433
 Sacramento, CA 95814

- **在线：**访问 www.cdss.ca.gov 在线申请听证会
- **通过电邮：**填写随您上诉决议通知提供的表格，然后通过电邮将其发送至 Scopeofbenefits@dss.ca.gov
 - **注意：**如果您通过电邮发送，则有可能被州听证处以外的其他人截获您电邮的风险。请考虑使用更安全的方法发送申请。
- **通过传真：**填写随您上诉决议通知提供的表格，并将其传真至州听证处，传真号码 1-916-309-3487，或免费传真号码 1-833-281-0903

如果您在申请州听证会方面需要帮助，我们可为您提供帮助。我们可为您提供免费的语言服务。请致电 1-800-675-6110（听障专线 711）。

在听证会上，您将告诉法官您不同意 **Health Net** 决定的原因。**Health Net** 将告诉法官我们是如何做出决定的。法官判决您的案件可能需要最多 90 天。**Health Net** 必须遵守法官的判决。

如果举行州听证会所需的时间将会给您的生命、健康或完整身体机能带来危险，因此您希望 **CDSS** 尽快作出决定，您本人、授权代表或医疗服务提供者可以联系 **CDSS** 并申请加急（快速）州听证会。**CDSS** 必须在从 **Health Net** 收到您完整案件文档后的三个工作日内作出决定。



请致电会员服务部，电话 1-800-675-6110（听障专线 711）。
Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 711。或者在线访问 www.healthnet.com。

7. 权利和责任

作为 Health Net 会员，您有某些权利和责任。本章解释了这些权力和责任。本章还包括您作为 Health Net 会员有权获得的法律通知。

行动通知

每当 Health Net 拒绝、延迟、终止或修改医疗保健服务申请时，Health Net 均会向您发送行动通知 (NOA) 函。如果您不同意 Health Net 的决定，您可以随时向 Health Net 提出上诉。请参阅本手册第 6 章的“上诉”部分，以了解关于提出上诉的重要信息。当 Health Net 向您发送 NOA 时，将会告知您如果您不同意我们的决定，您拥有的所有权利。如果您从 Health Net 或 Health Net 分包商以外的任何人收到此通知，请立即联系 Health Net。

通知中的内容

如果 Health Net 完全或部分基于医疗必要性拒绝、延迟、修改、终止、暂停或减少服务，则您的 NOA 必须包含以下内容：

- Health Net 打算采取的行动声明
- Health Net 所做决定的原因的清晰简洁说明
- Health Net 如何做出决定，包括 Health Net 使用的规则
- 所做决定的医疗原因。Health Net 必须明确说明您的病况如何不符合规定或指南。
- 有关您有权免费索取与 NOA 相关的所有文件和记录副本的信息。

翻译

Health Net 需要以常用的首选语言完整翻译并提供书面会员信息，包括所有申诉和上诉通知。

完整翻译的通知必须包括 Health Net 决定拒绝、延迟、修改、终止、暂停或减少医疗保健服务申请的医疗原因。

如果没有提供您首选语言的翻译，则 Health Net 必须以您的首选语言提供口头帮助，以便您能了解收到的信息。

LTR066518QP00



请致电会员服务部，电话 1-800-675-6110（听障专线 711）。Health Net 每周 7 天、每天 24 小时提供服务。本通话免费。或者致电加州听障人士转接专线，电话 711。或者在线访问 www.healthnet.com。

Health Net 遵守适用的联邦和州民权法，不会因种族、肤色、原国籍、年龄、精神残疾、身体残疾、生理性别（包括怀孕、性取向和性别认同）、宗教、血统、族群认同、医疗状况、遗传信息、婚姻状况或社会性别而歧视、排斥或区别对待他人。

Health Net:

- 向残障人士提供免费援助和服务，以帮助他们与我们进行有效沟通，例如：
 - 具备资质的手语翻译员
 - 其他格式的书面信息（包括大字版本、音频版本、无障碍电子格式和其他格式）
- 向主要语言非英语人士提供及时且免费的语言服务，例如：
 - 具备资质的口译员
 - 其他语言版本的书面信息
 - 如果您需要上述服务，请致电 **1-800-675-6110 (TTY: 711)** 联系 **Health Net** 客户联系中心，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时，全年无休。

您可以索要本文件的盲文版本、大字版本、录音或电子版。如需获取这些替代格式的副本，请致电或致函：**Health Net**

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

客户联系中心 **1-800-675-6110 (TTY: 711)**

加利福尼亚州中继电话 **711**

如果您认为 **Health Net** 未能提供上述服务，或以其他方式基于种族、肤色、原国籍、年龄或生理性别（包括怀孕、性取向和性别认同）、精神残疾、身体残疾、宗教、血统、族群认同、医疗状况、遗传信息、婚姻状况或社会性别非法歧视他人，可以向 **1557 Coordinator** 提出申诉。

您可以通过电话、亲自到场、邮寄、传真或电子邮件提出申诉。如果您在提交申诉时需要帮助，我们的 **1557 Coordinator** 可随时为您提供帮助。

- 通过电话：致电 **855-577-8234 (TTY: 711)**，服务时间为周一至周五早上 8 点至晚上 8 点（美国东部时间）
- 通过传真：**1-866-388-1769**
- 通过书面形式：写信寄至 **Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631**
- 通过电子方式：发送电子邮件至 SM_Section1557Coord@centene.com。本通知可在 **Health Net** 网站查看：
https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html
- 亲自到场提交：前往医生办公室或 **Health Net**，说明您要提交申诉。

您还可以通过电话、书面或电子方式向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 通过电话：致电 **916-440-7370**。如果您在听力和言语方面存在障碍，请致电 **711**。

- 通过书面形式：填写投诉表或写信并将其邮寄至：Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O.Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413。
如需获取投诉表，请访问 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- 通过电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

您也可以通过以下方式，向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉：通过电话；通过书面形式；通过民权投诉门户网站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 提交电子投诉；通过邮寄。投诉提交方式如下：

- 通过书面方式：U.S.Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201
- 通过电话：1-800-368-1019、1-800-537-7697 (TDD)
- 通过电子方式：如需获取投诉表，请访问 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>。

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 hngv 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 serbisyonang 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.