

# 2017 年度福利摘要

Health Net Healthy Heart (HMO)

San Francisco County, CA

H0562-009



Health Net®  
MEDICARE PROGRAMS

各項福利將自 2017 年 1 月 1 日起生效  
Health Net of California, Inc.  
H0562\_2017\_0272\_CHI CMS Accepted 09112016

本手冊為您提供了本計畫的承保範圍及分攤費用摘要。本手冊並未列出本計畫承保的所有服務，也並未列出所有限制或排除項目。若您想要了解本計畫完整的承保服務清單，請撥打本手冊最後一頁上的電話號碼，索取《承保範圍證明》(EOC)，或透過本計畫的網站 <http://www.healthnet.com/medicare> 取得 EOC。

若您符合下列情況，即擁有納入 Health Net Healthy Heart (HMO) 的資格：

- 您有權享有 Medicare A 部分，並且已投保 Medicare B 部分。會員必須持續繳納您的 Medicare B 部分保費，否則須由 Medicaid 或其他第三方代替您繳納。
- 您長期居住於本計畫的服務區域（換言之，您的永久居住地位於 Health Net Healthy Heart (HMO) 服務區域的縣）。  
我們的服務區域包括以下 California 各縣：San Francisco 縣。
- 您並無罹患末期腎臟病 (ESRD)。（例外情況可適用於加入 Health Net 商業或團體健保計畫或 Medicaid 計畫期間罹患 ESRD 的病患。）

Health Net Healthy Heart (HMO) 計畫讓您可以在您的所在地區取得我們技術卓越的網絡醫療服務提供者的服務。您可以選擇一位主治醫師 (PCP) 來與您合作並協調您的照護。您可以索取一份最新的醫療服務提供者名錄，或上網 [www.healthnet.com/medicareplans](http://www.healthnet.com/medicareplans) 查詢最新的網絡醫療服務提供者清單。（請注意，除急診照護、網絡外緊急照護、區域外洗腎服務及本計畫授權使用網絡外醫療服務提供者的情況外，如果您向計畫外醫療服務提供者取得醫療照護，Medicare 和 Health Net 均不會支付該筆費用。）

您可在我們的網站 <http://www.healthnet.com/medicare> 上參閱本計畫的醫療服務提供者名錄。

本 Health Net (HMO) 計畫也包括 D 部分承保，方便您透過單一便捷的窗口協調醫療和處方藥需求。

# 福利摘要

2017年1月1日至2017年12月31日

保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)	須知事項
計畫月保費，包括 C 部分以及 D 部分保費	127 美元	您必須繼續支付 Medicare B 部分的保費。
自付額	醫療服務的自付額為 0 美元  例行牙科服務的自付額為 35 美元。	自付額並非對於所有服務皆適用。  一旦您支付了您的自付額，在該年度剩餘期間，我們就會針對承保的牙科服務支付我們應付的分攤費用，而您則支付您的分攤費用（您的共付額或共同保險金金額）。  請參閱牙科服務部分以瞭解共付額。
自費額上限負擔 (不包含處方藥)	每年 6,700 美元	此為您在該年所支付共付額、共同保險金以及用於醫療服務的其他費用的最高金額。
住院承保範圍	從第 1 天至第 4 天，每天 395 美元共付額； 第 5 天和之後每天 0 元共付額	本計畫承保不限天數的住院。  部分服務可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但急診除外。
醫師就診	<ul style="list-style-type: none"><li>主治醫師：每次就診共付額 10 美元</li><li>專科醫師：每次就診共付額 15 美元</li></ul>	部分專科醫師服務可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但急診除外。

保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)	須知事項
預防保健	0 美元共付額	<p>針對原始 Medicare 承保的所有免費預防服務，我們也承保這些服務，您無需付費。</p> <p>若除了預防服務外，您還接受了其他服務，便可能適用分攤費用。</p> <p>部分服務可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但急診除外。</p>
急診照護	每次就診共付額 75 美元	如果您立即住院，您將無需支付急診照護的分攤費用。
緊急需求服務	每次就診共付額 10 美元	如果您立即入院，您將無需支付緊急需求服務的分攤費用。
診斷服務/化驗/造影	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 診斷放射服務（例如磁振造影、腦部磁振造影、電腦斷層掃描、正子掃描）：60 美元共付額</li> <li>• 化驗服務：0 美元共付額</li> <li>• 診斷檢測和（或）程序：0 美元共付額</li> <li>• 心電圖：0 美元共付額</li> <li>• 門診 X 光：0 美元共付額</li> <li>• 放射治療服務（放射線治療）：60 美元共付額</li> </ul>	部分服務可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但急診除外。

保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)	須知事項
聽力服務	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 聽力檢查 (Medicare 承保)：每次就診共付額 15 美元</li> <li>• 例行聽力檢查 (非 Medicare 承保)：每次就診共付額 15 美元 (每年 1 次)</li> </ul>	部分服務可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。
牙科服務	<p>牙科服務 (Medicare 承保)：0 美元共付額</p> <p>DPPO：預防牙科服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 預防牙科服務的年度自付額 35 美元</li> <li>• 年度福利上限上限為 500 美元 (網絡內與網絡外合計)</li> <li>• 例行洗牙、檢查及咬翼片 X 光片：每年度僅限 2 次</li> </ul> <p>網絡內：達到自付額後，共付額 0 美元  網絡外：達到自付額後，您支付最高准許費用 (Maximum Allowable Charge, MAC) 的 20%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 牙科 X 光；每年度最多 1 次</li> </ul> <p>網絡內：達到自付額後，共付額 0 美元  網絡外：達到自付額後，您支付最高准許費用 (Maximum Allowable Charge, MAC) 的 20%</p> <p>MAC：最高准許費用 (MAC) 是指，計畫針對某項承保的牙科服務允許的最高費用金額。</p>	<p><b>Medicare 承保服務：</b>  有限的牙科服務 (此不包含與照護、治療、補牙、拔牙或換牙相關的服務)。</p> <p>支付額外保費即可獲得其他預防性和綜合牙科福利。請參閱自選附加福利部分。</p> <p>部分服務可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</p>
視力保健服務	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 診斷與治療眼睛疾病和病況的眼科檢查 (Medicare 承保)：每次就診共付額 15 美元</li> <li>• 年度青光眼篩檢 (Medicare 承保)：0 美元共付額</li> <li>• 白內障外科手術後的眼鏡或隱形眼鏡 (Medicare 承保)：0 美元共付額</li> <li>• 例行眼科檢查 (非 Medicare 承保) (每 12 個月一次)：每次就診共付額 15 美元</li> </ul>	<p>日常眼鏡用品 (非 Medicare 承保) 支付額外保費即可承保。請參閱自選附加福利部分。</p> <p>部分服務可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保，但急診除外。</p>

保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)	須知事項
精神健康服務	門診：每次就診共付額 25 美元  住院：每次住院 900 美元共付額	部分服務可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但急診除外。
專業護理機構	每個福利期間第 1-20 天為每天 0 美元共付額； 第 21-100 天為每天 75 美元共付額。	本計畫最多承保 100 天的 SNF 住院。您支付福利期間 100 天後的每天所有費用。  部分服務可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但急診除外。
復健服務	門診復健服務：每次就診共付額 20 美元	承保服務包括：物理治療、職能治療及言語治療。  部分服務可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但急診除外。
救護車	210 美元共付額	針對 Medicare 承保的救護車服務，費用以每趟單程計算。  若單日超過一趟以上，無需加收費用。  部分服務可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但急診除外。
運輸服務	不屬於承保範圍	
足部照護（足科服務）	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 足部檢查與治療（Medicare 承保）：每次就診共付額 15 美元</li> <li>● 例行足部照護（非 Medicare 承保）：每次就診共付額 15 美元</li> </ul>	例行（非 Medicare 承保）足部照護，每年最多 6 次就診。

保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)			須知事項
醫療設備／用品	<ul style="list-style-type: none"> <li>耐用醫療器材（例如輪椅、氧氣）：20% 共同保險金</li> <li>義肢裝置（例如支架、義肢）：20% 共同保險金</li> <li>糖尿病用品：0 美元共付額</li> </ul>			部分服務可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但急診除外。
保健方案	0 美元共付額			若您欲了解詳細的保健方案福利清單，請參閱《承保範圍證明》。
Medicare B 部分藥品	<ul style="list-style-type: none"> <li>化學治療藥品的共同保險金 20%</li> <li>其他 B 部分藥品的共同保險金 20%</li> </ul>			可能需要事先授權（事先核准）才可獲得承保，但緊急情況除外。
<b>門診處方藥</b>				
自付額階段	無自付額 由於您沒有自付額，因此此付款階段不適用於您。			
<b>初始承保階段</b> <b>（在您支付了自付額後，如適用）</b>  分攤費用可能會依據以下因素而有所變動：您選擇的藥局（即首選、非首選、郵購、長期照護或居家輸注）、您是接受 30 天或 90 天的藥量、以及您是否已進入 D 部分福利的另一個階段。若您欲了解更多有關長期藥量、居家輸液或其他藥局專門分攤費用，以及	在您（若適用）達到您的自付額後，本計畫支付您藥品費用中其應分攤的費用，您則支付您應分攤的費用。在您的年度迄今「藥品總費用」於 2017 年達到 3,700 美元之前，您通常都在本階段。「藥品總費用」是為您承保的 D 部分藥品所支付的總額。其中 <b>包括</b> 本計畫支付的費用以及您分攤的費用。一旦您的「藥品總費用」在 2017 年達到 3,700 美元，您將進入下一付款階段（承保缺口階段）。			
		<b>首選零售藥局處方 30 天藥量</b>	<b>標準零售藥局處方 30 天藥量</b>	<b>郵購 90 天藥量</b>
	層級 1：首選普通藥品	0 美元共付額	5 美元共付額	0 美元共付額
	層級 2：普通藥品	10 美元共付額	15 美元共付額	20 美元共付額
	層級 3：首選品牌藥品	37 美元共付額	47 美元共付額	101 美元共付額
	層級 4：非首選品牌藥品	90 美元共付額	100 美元共付額	260 美元共付額

保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)			須知事項
福利階段，請致電聯絡我們或上網查詢《承保範圍證明》。	層級 5：專科層級	33% 共同保險金	33% 共同保險金	33% 共同保險金
	層級 6：特選保健藥品	0 美元共付額	0 美元共付額	0 美元共付額
承保缺口階段	<p>在本付款階段，您的承保品牌藥品將享有藥廠提供的 50% 折扣，且本計畫將另外承保費用的 10%，所以您只需要支付支付品牌藥品議定價格的 40% 即可。此外，您需支付普通牌藥品的共同保險金 51%。您通常會一直處於此一階段，直到您的年度迄今「自費額」費用達到 4,950 美元。「自費額」包括您領取或續配承保 D 部分藥品處方時所負擔的費用，以及下列任何一項方案或組織為您的藥品支付的款項：Medicare 提供的「額外協助」；Medicare 的承保缺口折扣方案；印第安健康服務；AIDS 藥品協助方案；大多數慈善機構；和大多數州政府藥品輔助方案 (SPAP)。一旦您的「自費額」在 2017 年達 4,950 美元時，您就進入下一個付款階段（重大傷病承保範圍）。</p>			
重大傷病階段	<p>在本階段中，本計畫支付您承保藥品的大多數費用。您於每次處方需支付以下其中一項較高金額者：等於藥品共同保險金 5% 的給付，或共付額（一個普通牌藥品或視為普通牌的藥品是 3.30 美元、所有其他藥品是 8.25 美元）。</p>			
重要資訊：	<p>層級 3 包括首選品牌藥品，也可能包括部分普通牌藥品。此層級的品牌藥品不符合按較低層級價位付費的例外處理資格。</p> <p>層級 4 包括非首選品牌藥品，也可能包括部分普通牌藥品。</p> <p>我們承保 D 部分藥品。此外，我們承保 B 部分藥品，如化學治療以及部分由您醫療服務提供者所施用的藥品。</p> <p>您可在我們的網站 <a href="http://www.healthnet.com/medicare">http://www.healthnet.com/medicare</a> 上檢視完整的計畫處方一覽表（D 部分處方藥清單）以及任何相關限制。</p> <p>您可在我們的網站 <a href="http://www.healthnet.com/medicare">http://www.healthnet.com/medicare</a> 上參閱本計畫的藥房名錄。</p>			

其他承保福利		
保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)	須知事項
門診服務／外科手術 (非醫院照護)	每次就診共付額 100 美元	部分服務可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保, 但急診除外。
門診服務／外科手術 (醫院照護)	每次就診共付額 275 美元	部分服務可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保, 但急診除外。
全球急診／緊急照護承保	0 美元共付額	計畫針對在美國及其領土境外提供的附加全球急診／緊急照護承保每年的承保上限是 50,000 美元。
年度例行身體檢查	0 美元共付額	<p>除了 Medicare 承保範圍的年度保健就診以外也承保。</p> <p>年度例行身體檢查可讓您在沒有具體主訴的情況下另外與醫師會診, 討論一般健康問題或顧慮; 該檢查會針對體內各大系統及身體檢查結果進行全面性的評估。</p>

## 自選附加福利

(您每個月必須為這些福利支付額外保費)

### 自選附加福利組合 # 6

部分服務可能需要事先授權 (事先核准) 才可獲得承保, 但急診除外。

<b>月保費</b> 此額外月保費是除您計畫月保費和每月 B 部分保費外的額外支付款項。	您每月需額外支付 30 美元	
<b>DPPO 牙科服務</b> 您可接受任何持照牙醫所提供的承保預防和一般綜合牙科服務, 但若您使用計畫內醫療服務提供者的服務, 則分攤費用較低。  *MAC: 最高准許費用是指, 計畫針對某項承保的牙科服務允許的最高費用金額。達到自付額後, 您還要負擔 MAC 與帳單收費間的差額。	<b>網絡內</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 一次性的年度網絡內自付額 35 美元</li><li>• 每年計畫上限額外增加 500 美元 (所有服務皆與網絡外服務合併計算)</li><li>• 預防服務: 達到自付額後, 您需支付的共付額為 0 美元</li><li>• 一般綜合性牙科服務: 達到自付額後, 您支付共同保險金的 20%</li></ul>	<b>網絡外</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 一次性的年度網絡外自付額 35 美元</li><li>• 每年計畫上限額外增加 500 美元 (所有服務皆與網絡內服務合併計算)</li><li>• 預防服務: 達到自付額後, 您支付最高准許費用 (MAC)* 共同保險金的 20%</li><li>• 一般綜合性牙科服務: 達到自付額後, 您支付最高准許費用 (MAC)* 共同保險金的 40%</li></ul>
<b>例行眼鏡用品 (非 Medicare 承保)</b> *本計畫支付金額至多達補貼上限, 其他餘額由會員負責支付。多年福利在其後年間可能不再提供。	每 24 個月最高補貼 250 美元*	
<b>脊椎推拿治療和針灸服務</b> 年度就診總次數上限: 30 次就診	<ul style="list-style-type: none"><li>• 例行 (非 Medicare 承保) 脊椎推拿治療: 您每次就診需支付共付額 10 美元</li><li>• 針灸: 您每次就診需支付共付額 10 美元</li></ul>	
<b>健身福利</b>	選擇獲得一家簽約健身機構的會籍或居家健身方案的會籍。健身福利無需支付共付額、共同保險金或自付額。	

Health Net 遵守適用的聯邦民權法，且不會因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。Health Net 不會因為種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而排除任何人或採取不同的治療方式。

Health Net：

- 提供免費幫助和服務給殘疾人士，以便與我們進行有效溝通，例如：合格的手語翻譯員和以其他形式呈現書面資訊（大字版、可觸碰的電子格式、其他格式）
- 提供免費多語服務給主要語言非英語的人士，例如：合格的口譯員和以其他語言提供的書面資訊

如果您需要這些服務，請致電 1-800-275-4737 與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡（聽障專線：711），每週七天上午 8 點至晚上 8 點（太平洋時間）均提供服務。

如果您認為 Health Net 未妥善提供這些服務或是因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而以另一種方式歧視您，您可以提出申訴，可致電上述號碼並告知對方您需要幫忙提出申訴；Health Net 的客戶聯絡中心可為您提供所需協助。

您也可以透過 Office for Civil Rights Complaint Portal 以電子形式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出民權受到侵犯的申訴，投訴位置：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或是以信件或電話聯絡以下單位：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800 - 368 - 1019, 1-800 - 537 - 7697 (TDD)。

此處可領取投訴表：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## 如欲瞭解更多資訊，請聯絡

Health Net Healthy Heart (HMO)  
Post Office Box 10420  
Van Nuys, CA 91410-0420  
<http://www.healthnet.com/medicare>

在籍會員請致電：1-800-275-4737（聽障專線：711）

準會員請致電：1-800-977-6738（聽障專線：711）

從 10 月 1 日起至 2 月 14 日止，我們的辦公時間為每週 7 天上午 8 點至晚上 8 點，特定假日除外。但從 2 月 14 日之後，我們的辦公時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。您在週末及特定假日期間的來電將由本公司的自動電話系統處理。

如果您想瞭解更多有關原始 Medicare 承保範圍與費用的資訊，請參閱最新版的「Medicare & You」手冊。您可在網上檢視該手冊，網址為 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)，或者您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份副本，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

此資訊並非完整的福利說明。請與計畫聯絡以取得更多資訊。限制、共付額和約束規定可能適用。保險福利、保費及／或自付款／共同保險金可能於每年的 1 月 1 日變更。「共同保險金」是指您支付特定醫療服務總費用的百分比。您在取得醫療服務時支付共同保險金。

處方一覽表、藥房網絡和（或）醫療服務提供者網絡可能會隨時變更。您將會在必要時收到通知。

This information is available for free in other languages. Please call our member services number at 1-800-275-4737 (TTY: 711). From October 1 through February 14, our office hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week, excluding certain holidays. However, after February 14, our office hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., Monday through Friday. On weekends and certain holidays, your call will be handled by our automated phone system.

本資訊備有其他語言版本，可免費提供。請致電 1-800-275-4737（聽障專線：711）與會員服務部聯絡。從 10 月 1 日起至 2 月 14 日止，我們的服務時間為每週 7 天上午 8 點至晚上 8 點，特定假日除外。但從 2 月 14 日之後，我們的服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。您在週末及特定假日期間的來電將由本公司的自動電話系統處理。

Health Net of California, Inc. 與 Medicare 簽有提供 HMO 計畫的合約。投保 Health Net Medicare Advantage 計畫需視合約續約情況而定。

BKT009314CK00 (9/16)

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

### **English:**

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

### **Spanish:**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

### **Chinese:**

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)。

### **Tagalog:**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

### **French:**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (ATS :711).

### **Vietnamese:**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

### **German:**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

### **Korean:**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (телетайп: 711).

**Arabic:**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**Hindi:**

ध्यान दें: यदि आप हदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Italian:**

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

**Portuguese:**

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

**French Creole:**

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

**Polish:**

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

**Japanese:**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.  
با (TTY: 711) 1-888-445-8913 (Oregon), 1-800-275-4737 (California), 1-800-977-7522 (Arizona) تماس بگیرید.

**Armenian:**

ՈՒՇԱՂԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

**Cambodian:**

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ  
1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711)។

**Punjabi:**

ਪਿਆਰ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Thai:**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

**Laotian:**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY: 711).

**Serbo-Croatian:**

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

**Ukranian:**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-977-7522 (Arizona), 1-800-275-4737 (California), 1-888-445-8913 (Oregon) (телетайп: 711).

