**El Resumen de beneficios y cobertura (*Summary of Benefits and Coverage*, SBC) es un documento que le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada la prima) se proporcionará por separado. Este es solamente un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al **1-855-270-2327** o visítenos en **lacare.org**. Para una definición general de los términos de uso común, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en **healthcare.gov/sbc-glossary** o llamar al **1-855-270-2327** para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | **$4,750 por individuo/$9,500 por familia.** Por año calendario. | Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia. |
| **¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?** | **Sí.** Las visitas al consultorio familiares, del médico y del especialista, la atención médica preventiva y otros servicios no están sujetos al deducible. | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado el monto del deducible; sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance el deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | **Sí. $30 por individuo/$60 por familia** para la cobertura de medicamentos recetados. No hay otros deducibles específicos. | Usted debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del deducible específico antes de que el plan comience a pagar por ellos. |
| **¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?** | **$7,250 por individuo/$14,500 por familia.** | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo general de la familia. |
| **¿Qué no incluye el límite de gastos de bolsillo?** | Las primas, la facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo. |
| **¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red?** | **Sí.** Visite lacare.lacare.org o llame al 1-855-270-2327 (TTY 711) para una lista de proveedores de la red. | Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor participante que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor no participante y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| | | lo que su plan paga (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor participante puede usar un proveedor no participante para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| **¿Necesita una referencia para ver a un especialista?** | **Sí**. | Este plan pagará parte o la totalidad de los costos para acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si usted cuenta con una referencia antes de acudir al especialista. |

⚠ Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en este cuadro se aplican después de que se haya alcanzado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) | |
| **Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | $45 de copago/visita | Sin cobertura | Ninguna |
| | Visita a un especialista | $85 de copago/visita | Sin cobertura | Se requiere una referencia.* |
| | Atención preventiva/pruebas de detección/ inmunización | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará. |
| **Si se realiza una prueba** | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | $50 de copago/prueba por pruebas de laboratorio.<br>$90 de copago/prueba para radiografías, imágenes de diagnóstico y ecografías. | Sin cobertura | Ninguna |
| | Prueba de diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [TC], tomografía por emisión de positrones [TEP], resonancia magnética [RMN]) | $325 de copago/prueba | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. * |

*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en **lacare.org**.

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) | |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición** Puede obtener más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** disponible en http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services | Nivel 1 (en su mayoría genéricos) | Minorista: $16 de copago/receta<br>Pedido por correo: $32 de copago/receta | Sin cobertura | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista.<br>Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Se aplica el deducible de farmacia.* |
| | Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos) | Minorista: $55 de copago/receta<br>Pedido por correo: $110 de copago/receta | Sin cobertura | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista.<br>Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Se aplica el deducible de farmacia. * |
| | Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos) | Minorista: $85 de copago/receta<br>Pedido por correo: $170 de copago/receta | Sin cobertura | Suministro de hasta 30 días para farmacia minorista.<br>Suministro de hasta 90 días para farmacia de pedidos por correo. Se aplica el deducible de farmacia. * |
| | Nivel 4 (medicamentos de especialidad) | 20 % de coseguro, hasta $250 de copago por receta | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. No disponible a través de pedido por correo. Se aplica el deducible de farmacia. * |
| **Si se somete a una cirugía ambulatoria** | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20 % de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. * |
| | Tarifas del médico o cirujano | 20 % de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| | Visita ambulatoria | 20 % de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencias | $400 de copago<br>Sin cargo por tarifas médicas | $400 de copago<br>Sin cargo por tarifas médicas | El copago no se aplica si se le hospitaliza. |
| | Transporte médico de emergencia | $250 de copago | $250 | Ninguna |
| | Atención médica de urgencia | $45 de copago/por visita | $45 por visita | Ninguna |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) | |
| **Si necesita hospitalización** | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 30 % de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa.<br>Se aplica el deducible.* |
| | Tarifas del médico o cirujano | 30 % de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias** | Servicios ambulatorios | $45 de copago/visita al consultorio<br>20 % de coseguro, hasta $45 de copago por otros servicios ambulatorios | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para pruebas psicológicas.* |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 30 % de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa.<br>Se aplica el deducible.* |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cobertura | Para atención prenatal y visitas para prepararse para la concepción |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 30 % de coseguro | Sin cobertura | Ninguna |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 30 % de coseguro | Sin cobertura | Se aplica el deducible.* |
| **Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales** | Servicios de salud en el hogar | $40 de copago/visita | Sin cobertura | Máximo de 100 visitas por año calendario por miembro a cargo de proveedores de una agencia de servicios de salud en el hogar.<br>Se requiere autorización previa. * |
| | Servicios de rehabilitación | $45 de copago/visita | Sin cobertura | Servicios ambulatorios<br>Se requiere autorización previa. * |
| | Servicios de habilitación | $45 de copago/visita | Sin cobertura | Servicios ambulatorios<br>Se requiere autorización previa. * |
| | Atención de enfermería especializada | 30 % de coseguro | Sin cobertura | Máximo de 100 días por año calendario por miembro. Se requiere autorización previa. Se aplica el deducible.* |
| | Equipo médico duradero | 20 % de coseguro | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. * |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) | |
| | Servicios en un centro de cuidados paliativos | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. * |
| **Si su hijo necesita atención dental o de la vista** | Examen de la vista para niños | Sin cargo | Sin cobertura | 1 visita por año calendario |
| | Anteojos para niños | Sin cargo | Sin cobertura | 1 par de anteojos por año (o lentes de contacto en lugar de anteojos) |
| | Chequeo dental para niños | Sin cargo | Sin cobertura | Examen bucal y limpieza preventiva limitados a uno cada 6 meses. Consulte la documentación de su plan para obtener información adicional sobre los servicios. |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

**Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento de su plan para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- Atención quiropráctica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU.
- Enfermero privado
- Atención rutinaria de la vista (adultos)
- Programas para bajar de peso

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan ).**

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de rutina de los pies necesario desde el punto de vista médico
- Servicios relacionados con el aborto

**Su derecho a continuar la cobertura:**

Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: el Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*) al **1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219)** o en hmohelp.ca.gov; el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) de los Estados Unidos al **1-877-267-2323 extensión 61565** o en www.cciio.cms.gov; Covered California al **1 (800) 300-1506** o en coveredca.com; o comuníquese con L.A. Care Health Plan al **1-855-270-2327**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información sobre el mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle un reclamo. Esta queja se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por dicho reclamo médico. Los documentos de su plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja contra su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente de L.A. Care al **1-855-270-2327**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Además, puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) de California al **1-888-466-2219** o visite **dmhc.ca.gov**.

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través de Covered California u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para la prima.

**¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para la prima para ayudarle a pagar un plan a través de Covered California.

**Servicios de idioma:**

Español: Para obtener asistencia en español, llame al **1-855-270-2327**.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-855-270-2327**

Chino (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码 **1- 855-270-2327**

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' **1- 855-270-2327**

***Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.***

**Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (*Paperwork Reduction Act*, PRA):** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, las personas no tienen la obligación de responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB). El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información solicitada. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer,

**Acerca de estos ejemplos de cobertura:**

**Esta no es una herramienta de estimación de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención médica real que reciba, los precios de sus proveedores y muchos otros factores. Fíjese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

## Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$4,750**
- **Especialista *[costo compartido]*** **$85**
- **Hospital (instalaciones) *[costo compartido]*** **30 %**
- **Otro *[costo compartido]*** **$90**

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

| **Costo total hipotético** | **$12,700** |
|---|---|

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| *Costos compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $4,750 |
| Copagos | $700 |
| Coseguro | $1,800 |
| **Costo total hipotético** | **$12,700** |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$7,310** |

## Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$4,750**
- **Especialista *[costo compartido]*** **$85**
- **Hospital (instalaciones) *[costo compartido]*** **30 %**
- **Otro *[costo compartido]*** **$90**

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

| **Costo total hipotético** | **$5,600** |
|---|---|

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| *Costos compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $30 |
| Copagos | $1,500 |
| Coseguro | $200 |
| **Costo total hipotético** | **$5,600** |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$1,750** |

## Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias de la red y atención médica de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$4,750**
- **Especialista *[costo compartido]*** **$85**
- **Hospital (instalaciones) *[costo compartido]*** **30 %**
- **Otro *[costo compartido]*** **$90**

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en **lacare.org**.

| Costo total hipotético | $2,800 |
|---|---|
| **En este ejemplo, Mia pagaría:** | |
| *Costos compartidos* | |

| Costo total hipotético | $2,800 |
|---|---|
| Deducibles | $10 |
| Copagos | $1,300 |
| Coseguro | $60 |

| Costo total hipotético | $2,800 |
|---|---|
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mia pagaría es** | **$1,370** |

El plan sería responsable de los demás costos por los servicios cubiertos en este EJEMPLO.

**Language Assistance**

**English Tagline**
ATTENTION: If you need help in your language call **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-855-270-2327** (TTY: **711**). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**
يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-855-270-2327** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-855-270-2327** (TTY: **711**). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-855-270-2327** (TTY: **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-855-270-2327** (TTY: **711**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ប្អូសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**
ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-270-2327** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុំស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-855-270-2327** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះ មិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Chinese)**
请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-855-270-2327** (TTY: **711**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-855-270-2327** (TTY: **711**)。这些服务都是免费的。

**فارسی زبان به مطلب (Farsi)**
توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-855-270-2327** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-855-270-2327** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-855-270-2327** (TTY: **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-855-270-2327** (TTY: **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は **1-855-270-2327** (TTY: **711**) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。**1-855-270-2327** (TTY: **711**) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

**한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-855-270-2327** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-855-270-2327** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-855-270-2327** (TTY: **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-855-270-2327** (TTY: **711**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-855-270-2327** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

**แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-270-2327** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-270-2327** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-855-270-2327** (TTY: **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí.