

Solicitud de reembolso



¿Consultó con un médico fuera de la red? Estamos aquí para ayudarlo. Si usted tiene beneficios fuera de la red, estas son sus opciones:



EN LÍNEA

La mejor opción. Es seguro, puede verificar el estado del reclamo, recibir el pago más rápido y ahorrar papel. Haga clic en el botón de abajo o vaya a **es.vsp.com** para iniciar sesión en su cuenta y completar un formulario en internet. También puede crear una cuenta si todavía no tiene una.

Quiero que me paguen más rápido



POR CORREO

¿Aún quiere enviar el formulario por correo? Siga las instrucciones que están en el formulario en la siguiente página.

CONSEJOS PARA AGILIZAR EL PROCESAMIENTO DE RECLAMOS:

Si falta información o hay información incompleta el procesamiento de los reclamos se retrasa. Prepárese para recibir el reembolso asegurándose de:

- Hacer copias de las facturas o estados de cuenta desglosados de los servicios que incluyan:
 - Nombre del médico o nombre del consultorio
 - Nombre del paciente
 - Fecha del servicio
 - Todos los servicios recibidos y la cantidad que pagó
- Generalmente tiene 12 meses a partir de la fecha del servicio para pedir el reembolso.
- Asegúrese de que todos los campos obligatorios tengan un valor y las fechas estén en el siguiente formato: Mes/día/año de cuatro dígitos.
- Si tiene cobertura de Laser Vision y está presentando una solicitud de reembolso:
 - La factura desglosada o la carta de su proveedor debe incluir
 - Qué ojo le operaron
 - Nombre del cirujano o nombre del centro
 - Fecha de la operación
 - Tipo de procedimiento (por ejemplo, PRK, LASIK, LASIK personalizado y PRK personalizado)
 - Costo del procedimiento
 - Nombre del miembro
 - Número de identificación del miembro (puede ser SSN o número único de identificación del miembro)
 - Dirección de correo del miembro
 - Nombre del paciente
 - Fecha de nacimiento del paciente
 - Relación del paciente con el miembro (por ejemplo, miembro, cónyuge, hijo, etc.)
 - Nombre del cliente que da la cobertura de VSP® (nombre del cliente)
- Tenga en cuenta: las mejoras por garantía de Laser Vision no son reembolsables por atención de Laser Vision fuera de la red. Puede presentar los reclamos solo por operación (uno o ambos ojos) o atención antes y después de la operación.
- Escriba la cantidad del reclamo de Laser Vision Care en "Exam" (Examen) en el formulario de reembolso.

Instrucciones del formulario



El miembro debe completar el formulario. Todos los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios. Puede completar el formulario de manera electrónica, para que no tenga que escribir a mano. Complételo en una computadora, imprímalo y envíelo por correo. Si decide escribir la información a mano, use tinta azul o negra.

SECCIÓN DEL PACIENTE:

1. Seleccione la relación del paciente con el miembro. Elija solo una opción.
2. Escriba la fecha de nacimiento del paciente con el siguiente formato: Mes/día/año de cuatro dígitos.
3. Seleccione el sexo. Elija solo una opción.
4. Escriba el apellido y el primer nombre del paciente.
5. Escriba la dirección, ciudad, estado y código postal.
6. La inicial del segundo nombre del paciente y el código postal ZIP+4 son opcionales.

SECCIÓN DEL MIEMBRO:

1. Escriba los últimos cuatro dígitos de SSN del miembro o identificación única.
2. Si el paciente es el miembro, seleccione “La información de abajo del miembro es la misma que la del paciente”.
3. De lo contrario, escriba la información del miembro:
 - a. Escriba la fecha de nacimiento del miembro en el siguiente formato: Mes/día/año de cuatro dígitos.
 - b. Seleccione el sexo. Elija solo una opción.
 - c. Escriba el apellido y el primer nombre del miembro.
 - d. Escriba la línea de la dirección principal, ciudad, estado y el código postal.
 - e. La inicial del segundo nombre del miembro, la línea de la segunda dirección y el ZIP +4 son opcionales.

SECCIÓN DEL RECLAMO:

1. Escriba la fecha del servicio con el formato siguiente: Mes/día/año de cuatro dígitos.
2. Escriba la cantidad que se cobró por cada concepto aplicable. Asegúrese de que coincida con las facturas.
3. Seleccione un tipo de lente.
4. Si hay otra compañía de seguro implicada, marque la casilla y adjunte una copia del estado de cuenta que muestre el pago.

SECCIÓN DEL PROVEEDOR:

1. Si conoce el nombre del proveedor, escriba el apellido y el primer nombre.
2. Si conoce el nombre del consultorio, escriba el nombre del consultorio del proveedor.
3. El paso n.º 1 o 2 o ambos deben tener un valor.
4. Complete la línea de dirección principal, ciudad, estado y código postal.
5. La línea de la segunda dirección y el código postal ZIP+4 son opcionales.

SECCIÓN DE IMPRESIÓN Y FIRMA:

1. Revise el formulario completado para asegurarse de que es correcto.
2. Lea el párrafo de reconocimiento.
3. Imprima el formulario.
4. Firme el formulario.
5. Escriba la fecha en el formulario con el siguiente formato: Mes/día/año de cuatro dígitos.
6. Solo tiene que enviar por correo el formulario de la siguiente página. Las otras páginas son para referencia.

Formulario de reembolso para miembros de VSP



Para pedir el reembolso, complete e imprima este formulario, adjunte una copia legible de las facturas desglosadas y envíelos a esta dirección. Asegúrese de guardar una copia para su expediente.

VSP
PO Box 495933
Cincinnati, OH 45249

PACIENTE

Relación con el miembro*: (*elija una*)

- Miembro Pareja doméstica Padre/madre dependiente Dependiente discapacitado
 Cónyuge Hijo Estudiante de tiempo completo Otro

Fecha de nacimiento*: (*mm/dd/aaaa*) _____ Sexo*: Hombre Mujer
Apellido*: _____ Primer nombre*: _____
Inicial del segundo nombre: _____ Dirección*: _____
Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____ ZIP+4: _____

MIEMBRO

Últimos cuatro dígitos de SSN o identificación única*: _____

- La información de abajo del miembro es la misma que la del paciente

Fecha de nacimiento*: (*mm/dd/aaaa*) _____ Sexo*: Hombre Mujer
Apellido*: _____ Primer nombre*: _____
Inicial del segundo nombre: _____ Dirección 1*: _____
Dirección 2: _____
Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____ ZIP+4: _____

RECLAMO

Fecha del servicio*: (*mm/dd/aaaa*) _____

- Otra compañía de seguros le pagó a usted, a otra aseguradora o al consultorio del médico.
Si es así, adjunte una copia del estado de cuenta que muestre el pago.

Examen	\$	Tipo de lente*: (<i>elija uno</i>)
Montura.....	\$	<input type="checkbox"/> Monofocales
Lentes	\$	<input type="checkbox"/> Bifocales
Tintes o recubrimientos de los lentes	\$	<input type="checkbox"/> Trifocales
Examen/evaluación de ajuste de los lentes de contacto	\$	<input type="checkbox"/> Progresivos
Lentes de contacto.....	\$	<input type="checkbox"/> Lenticulares

PROVEEDOR

Apellido*: _____ Primer nombre*: _____
Nombre del consultorio: _____
Dirección 1*: _____ Dirección 2: _____
Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____ ZIP+4: _____

IMPRESIÓN Y FIRMA

Reconozco que el proveedor mencionado arriba no es un proveedor preferido de VSP y que VSP no puede garantizar la satisfacción con la atención de la vista ni de los anteojos y lentes. Firmando este formulario de reclamo, certifico que leí las advertencias correspondientes de fraude del reclamo incluidas en el formulario y que toda la información que di arriba es completa y exacta.

Firma de la persona que presenta el reclamo: _____ Fecha: _____

Advertencias sobre fraude



Alabama, Arkansas, Distrito de Columbia, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, Nuevo México, Ohio, Rhode Island y Virginia Occidental: Toda persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o presente deliberadamente información falsa en una solicitud de seguros, será culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y prisión.

Alaska: la persona que deliberadamente y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa puede procesarse según la ley estatal.

Arizona: para su protección, la ley de Arizona exige que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida quedará sujeta a sanciones civiles y penales.

California: para su protección, la ley de California exige que este formulario incluya la siguiente información: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida será culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión estatal.

Colorado: es ilegal dar datos o información falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a una compañía de seguros para defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que deliberadamente presente información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un reclamante para estafarlo o intentar estafarlo con respecto a un acuerdo o a una indemnización pagaderos con ingresos de seguros debe reportarse a la División de Seguros de Colorado (Colorado Division of Insurance) del Departamento de Agencias Reguladoras (Department of Regulatory Agencies).

Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que deliberadamente y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, haga un reclamo para recibir beneficios derivados de una póliza de seguros que incluya información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

Florida: las personas que deliberadamente y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros presenten una declaración de reclamo o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa serán culpables de un delito grave de tercer grado.

Kentucky: toda persona que deliberadamente y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una declaración de reclamo con información sustancialmente falsa o que oculte, con el fin de engañar información relacionada con cualquier hecho material, cometerá un acto fraudulento de seguros, lo que es un delito.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington: comete un delito la persona que da información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros para estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: toda persona que deliberada o intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguros será culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y prisión.

Nuevo Hampshire: toda persona que con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a ser procesada y recibir una pena por fraude de seguros, según se establece en RSA 638:20.

Nueva Jersey: toda persona que deliberadamente presente una declaración de reclamo con información falsa o engañosa quedará sujeta a recibir sanciones civiles y penales.

Advertencias sobre fraude (cont.)



Nueva York: toda persona que deliberadamente y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguros o declaración de reclamo que incluya información sustancialmente falsa o que oculte con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, cometerá un acto fraudulento de seguros, que es un delito y también quedará sujeta a una sanción civil de no más de cinco mil dólares, más el valor declarado del reclamo, por cada una de dichas infracciones.

Oregón: toda persona que deliberadamente presente una declaración de reclamo sustancialmente falsa puede ser culpable de un delito penal y puede quedar sujeta a recibir sanciones según la ley estatal.

Puerto Rico: toda persona que deliberadamente y con intención de defraudar incluya información falsa en una solicitud de seguros o presente, asista o incite a la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, cometerá un delito grave y, si es se determina que es culpable, será penalizada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y de no más de diez mil dólares (\$10,000); o con un plazo fijo de encarcelamiento de tres (3) años o ambos. Si existieran circunstancias agravantes, el plazo fijo de encarcelamiento puede incrementarse a un máximo de cinco (5) años; y si existieran circunstancias atenuantes, el plazo de encarcelamiento puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Texas: toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida será culpable de un delito y puede quedar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Vermont: toda persona que deliberadamente presente una declaración de reclamo de seguros falsa puede ser culpable de un delito penal y puede quedar sujeta a recibir sanciones según la ley estatal.

Pensilvania y todos los demás estados: toda persona que deliberadamente y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguros o una declaración de reclamo con información sustancialmente falsa o que oculte, con el fin de engañar información relacionada con cualquier hecho material cometerá un acto fraudulento de seguros, que es un delito y está sujeta a recibir sanciones civiles y penales.

Aviso de no discriminación



La discriminación es ilegal. VSP Vision™ cumple las leyes federales y estatales de derechos aplicables y no excluye, deniega beneficios o trata a las personas de manera distinta por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación con grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, participación en programas de seguro médico patrocinados por el gobierno, evidencia de asegurabilidad o fuente de pago.

VSP Vision da

- Apoyos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letra grande, audio y otros formatos).
- Servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información por escrito en su idioma preferido.
- El aviso de no discriminación de VSP está disponible cuando se pida en el umbral e idiomas de concentración designados y en una manera que cumple con ADA y en formato accesible.

Si necesita servicios de asistencia con el idioma, llame al **800.877.7195, 711** (TTY).

Si cree que VSP® Vision, directamente, por medio de un contratista o cualquier otra entidad con la que VSP acuerde llevar a cabo sus programas, no ha prestado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente basándose en una clase protegida mencionada arriba, puede presentar una queja formal electrónicamente en **es.vsp.com** o por correo o teléfono a:

VSP Nondiscrimination Grievance Coordinator
Attn: Complaint and Grievance Unit
PO Box 997100
Sacramento, CA 95899-7100
800.615.1883, 711 (TTY)

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) electrónicamente en el portal de quejas de Derechos Civiles disponible en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** o por correo o por teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
800.368.1019, 800.537.7697 (TTY)

Deutsch (German)

HINWEIS: Falls Sie eine andere Sprache sprechen, stehen Ihnen Sprachassistentendienste, einschließlich mündlichem Dolmetschen und übersetztem schriftlichem Material, kostenlos und zeitnah zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-877-7195 an (TTY [Fernschreibmaschine]: 711).

Ελληνικά (Greek)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε κάποια άλλη γλώσσα, οι υπηρεσίες υποστήριξης στη γλώσσα σας, που περιλαμβάνουν προφορική διερμηνεία και μεταφρασμένο γραπτό υλικό, είναι στη διάθεσή σας δωρεάν και σε εύθετο χρόνο. Καλέστε στο 1-800-877-7195 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarat)

ધ્યાન આપો: જો તમે બીજી ભાષા બોલતા હોવ, તો મૌખિક અર્થઘટન અને અનુવાદિત લેખિત સામગ્રી સહિતની ભાષા સહાય સેવાઓ તમને મફત અને સમયસર ઉપલબ્ધ છે. 1-800-877-7195 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)

ATANSYON: Si ou pale yon lòt lang, sèvis èd nan lang, Tankou entèpretasyon oral ak tradiksyon materyèl ekri, San frè epi alè. Rele 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Hausa (Hausa)

LURA: Idan kana magana da wani harshe, sabis na taimakon harshe, da ya haɗa da fassarar baki da kayan rubuce-rubucen da aka fassara, suna samuwa a gare ka kyauta kuma a kan kari. Kira 1-800-877-7195 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: अगर आप कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मौखिक तौर पर व्याख्या और अनुवादित लिखित सामग्री के साथ-साथ भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए मुफ्त में और समय पर उपलब्ध होती हैं। 1-800-877-7195 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog koj hais lwm hom lus, muaj kev pab cuam txhais lus, suav nrog rau kev txhais lus ntawm ncauj thiab txhais tej ntaub ntawv, muaj rau koj yam tsis sau nqi li thiab raug raws sij hawm. Hu rau 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Bahasa Indo (Indonesia)

PERHATIAN: Jika Anda berbicara dalam bahasa lain, layanan bantuan bahasa, termasuk penerjemahan lisan dan terjemahan materi tertulis, tersedia bagi Anda secara gratis dan tepat waktu. Telepon 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Italiano (Italian)

ATTENZIONE: Per chi parla un'altra lingua, i servizi di assistenza linguistica, compresi i servizi di interpretazione orale e la traduzione di documenti scritti, sono disponibili gratuitamente e in maniera tempestiva. Chiama il numero 1-800-877-7195 (TTY: 711).

日本語 (Japanese)

注：別の言語をご希望の場合は、口頭での通訳や書面の翻訳を含む言語支援サービスを無料でご利用いただけます。1-800-877-7195（テレタイプライター：711）までお電話ください。

ខ្មែរ (Khmer/Cambodian)

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេង នោះសេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដែលរួមមានការបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និងឯកសារជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលបានបកប្រែរួច មានផ្តល់ជូនសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ នឹងទាន់ពេលវេលា។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-877-7195 (TTY: 711)។

Ikirundi (Kirundi)

UMWITWARARIKO: Nimba uyaga urundi rurimi, serevise z'ugufashwa mu vy'indimi, harimwo uguhindura amajambo n'uguhindura ibitabu vyanditse, woyironka ataco urishe kandi mu kiringo kibereye. Tera akamo 1-800-877-7195 (TTY: 711).

한국어 (Korean)

주의: 다른 언어를 사용하시는 경우, 구두 통역 및 서면 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 적시에 이용하실 수 있습니다. 1-800-877-7195번으로 전화하십시오(TTY: 711).

Bàsɔ̀wò-wùdù [Kru (Bassa)]

TÒ ĐUÛ NÒMÒ DYÍIN CÁO: M̄ dyi Wuđù ká kó ɔ̀, wùdù-po-nyò jǔ́n, à bédé nyo bě bé wa béin n̄ gbo kpáa dé nì wúduò mú bó pídyi kɛ. Cɛ ɔ̀ jè dé nì kùà-nyu-naínò jéé cá ké dè dya déén dènè-cèè-dè. 1-800-877-7195 (TTY: 711) d́á.

ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ວວມທັງການແປປາກເປົ່າ ແລະ ແປເອກະສານສານ, ມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ທັນເວລາ. ໂທຫາ 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Te Reo Māori (Maori)

Kia mataara mai Mehemea he kōrero reo kē anō koe, e wātea ana mōu he ratonga reo, pēnei me te whakawhiti reo ā-waha, pēnei hoki me he whakawhitinga kōrero ā-tuhi nei ki tōu ake reo. Horekau he utu o ēnei ratonga reo, ka mutu, ka oti wawe mōu. Waea mai ki a 1-800-877-7195 (TTY: 711)

Mien (Mien)

CAU FIM JANGX OC: Beiv hngv meih gongv ganh fingx waac, ninh mbenc ziangx tengx porv waac bun, lemh porv benx baeqc waac bun muangx aengx caux fiev bieqc sou bun doqc, mbenc ziangx wangv henh tengx mv heuc ndortv nyaanh cingv aengx caux jiepv sih liuc leiz tengx hingh qiex longc nyei zuangh hoc. Mborqv finx lorz taux 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Diné k'ehjí (Navajo)

KWE'É SHOO DÍÍ YÍNÍLTA': Nááná ła' saad bee yáníłti'go da, éí díí saad choo'jigi bee níká i'doowólígíí ła' dahóló, há ata' hane'go aldó' bee ahóót'i' dóó saad dabiká'ígíí t'áá hó hazaadk'ehjí bee hoł náháne'go nidi bee haz'á, díí t'áá át'é ná hólóqogo át'é t'áá ch'íík'eh, doo bik'é azláágóó. Kojj' hodííłnih 1-800-877-7195 (TTY: 711).

नेपाली (Nepali)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईं अर्को भाषा बोल्नुहुन्छ भने मौखिक अनुवाद र अनुवादित लिखित विषयवस्तुहरू सहित भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंका लागि नि: शुल्क र समयमै उपलब्ध छन्। 1-800-877-7195 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस्।

Oromo (Oromo)

XIYYEEFFANNOO: Afaan biroo dubbattu yoo ta'e, afaanin hiikuu fi barruuwwan hiikaman dabaaltee tajaajilliwwan hiika afaanii bilisaa kan yeroosaa eeggate jira. 1-800-877-7195 (TTY: 711) tti bilbilaa.

(Persian) فارسی

وجه: اگر شما به زبان دیگر صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به شمول ترجمه شفاهی و مواد کتبی ترجمه شده برای شما بطور رایگان و در اسرع وقت قابل دسترس است. زنگ بزنید به 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Polski (Polish)

UWAGA: Jeśli mówisz w innym języku, usługi wsparcia językowego, w tym tłumaczenie ustne oraz przetłumaczone materiały pisemne, są dostępne dla Ciebie bezpłatnie i w odpowiednim czasie. Zadzwoń pod numer 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: se fala outro idioma, os serviços de assistência com idiomas, incluindo interpretação oral e materiais traduzidos escritos, estão disponíveis em tempo útil e sem qualquer encargo. Ligue para o 1-800-877-7195 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੌਖਿਕ ਵਿਆਖਿਆ ਅਤੇ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਲਿਖਤੀ ਸਮੱਗਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਤੁਰਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Română (Romanian)

ATENȚIE: Dacă vorbiți o altă limbă, aveți la dispoziție servicii de asistență lingvistică, inclusiv interpretare orală și materiale scrise traduse, în mod gratuit și în timp util. Sunați la 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вы не говорите на английском, услуги языковой помощи, включая устный и письменный перевод, предоставляются бесплатно и своевременно. Позвоните по номеру 1-800-877-7195 (телетайп: 711).

Srpskohrvatski (Serbo-Croatian)

PAŽNJA: Ako govorite neki drugi jezik, besplatno su vam dostupne pravovremene usluge jezičke pomoći, uključujući usmeni prevod i prevedene pisane materijale. Pozovite 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Af-Soomaali (Somali)

FEEJIGNAAN: Haddii aad ku hadasho luuqad kale, adeegyada caawimaada luuqada, oo ay kujiraan turjumaada afka ah iyo xogo la turjumay, ayaad ku heli kartaa qaab bilaash ah adoo helaaya waqtiga saxda ah. Wac 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, tendrá a su disposición servicios de asistencia lingüística, incluida la interpretación oral y la traducción de materiales escritos, de forma gratuita y en el momento oportuno. Llame al 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog-Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng ibang wika, may magagamit kang libre at nasa oras na mga serbisyo ng tulong sa wika, kasama na rito ang pasalitang interpretasyon at isinaling nakasulat na materyales. Tumawag sa 1-800-877-7195 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai)

ข้อควรใส่ใจ: หากคุณพูดภาษาอื่น ๆ เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษา ซึ่งรวมถึงการแปลด้วยวาจาและเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรฉบับแปล พร้อมให้บริการแก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-800-877-7195 (TTY: 711)

Ko e Lea Faka-Tonga (Tongan)

FAKATOKANGA'I ANGE: Kapau 'oku ke ngaue'aki ha lea kehe, 'oku 'i ai pe 'a e ngaahi ngaue ke tokoni'i koe 'i he fakatonulea pe liliu tohi, 'a ia 'oku 'ikai totongi pea toe 'i ha founga vave foki. Taa ki he 1-800-877-7195 (TTY: 711).

Українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо ви говорите іншою мовою, вам безкоштовно й своєчасно надаються послуги мовної допомоги, зокрема усний переклад і переклад письмових матеріалів. Телефонуйте на номер 1-800-877-7195 (телетайп: 711).

(Urdu) اردو

بملاحظہ: اگر آپ دوسری زبان بولتے ہیں تو، لسانی اعانت کی خدمات، بشمول زبانی ترجمانی اور ترجمہ شدہ تحریری مواد، آپ کے لیے بلا معاوضہ اور بروقت انداز میں دستیاب ہیں۔ 1-800-877-7195 (TTY: 711) پر کال کریں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi cung cấp miễn phí và kịp thời cho quý vị các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, bao gồm phiên dịch và tài liệu văn bản được biên dịch. Vui lòng gọi 1-800-877-7195 (TTY: 711).

(Yiddish) יידיש

אכטונג: אויב איר רעדט אן אנדערע שפראך, זענען שפראך הילף סערוויסעס, אריינגערעכנט מינדליכע דאלמעטשונג און איבערגעטייטשטע געשריבענע מאטריאלן, אוועלעבל פאר אייך פריי פון אפצאל און אויף א צייטליכע פארנעם. 1-800-877-7195 (TTY: 711).