



Para presentar la solicitud en línea durante el período de inscripción abierta, visite shopmodaplans.com.

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudar.
Llámenos al 855-718-1767.

2026 | Solicitud para el plan dental individual

para personas y familias de Oregon

Su solicitud se puede revisar más rápidamente si la presenta en línea.

Envíe la solicitud completa a más tardar el día 15 del mes anterior a la fecha en la que desea que su cobertura entre en vigor. En caso de recibirla después del día 15, su inscripción podría retrasarse.

Lo que necesita para completar este formulario de inscripción:

- > Una copia de cualquier documentación necesaria para demostrar la tutela legal, si corresponde.
- > La información de su agente de seguros (si un agente lo ayudó).
- > El pago de su prima del primer mes (necesario antes de la fecha de entrada en vigor de su póliza).

Puede inscribirse si cumple con los siguientes requisitos.

Debe marcar las casillas que figuran a continuación para confirmar que cumple con los requisitos de elegibilidad.

Confirmo lo siguiente:

Tengo un domicilio permanente en Oregon y resido allí al menos seis meses al año.

Si tuvo una cobertura dental individual de Delta Dental que finalizó durante los últimos 12 meses:

Experimenté un evento calificado que justifica la inscripción especial o he tenido una cobertura dental de grupo continua desde que dejé Delta Dental.

Sección 1: ¿Por qué quiero inscribirme?

- Póliza o suscriptor nuevos
- Cambio de cobertura actual
- Nombre del subscriptor actual _____ N.º de identificación del subscriptor actual _____
- Incorporación de dependiente a un plan existente
 - Cambio de plan únicamente

Si quiere inscribirse a un nuevo plan dental individual de Delta Dental, no es necesario que experimente un evento calificado.

Si quiere cambiar su cobertura actual, es necesario que ocurra un evento calificado. Usted no es elegible si tuvo una cobertura individual de Delta Dental que finalizó en los últimos 12 meses, a menos que:

- * Tenga una cobertura continua con un intervalo inferior a 90 días (consulte la sección 3 a continuación).
- * Dejó de tener cobertura dental porque la cobertura médica finalizó y usted experimentó un evento calificado.

Eventos calificados	Prueba solicitada
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Se convirtió en dependiente o agregó uno debido a estas opciones:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Matrimonio o unión de hecho con una pareja doméstica registrada (PDR)<input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción o colocación en adopción<input type="checkbox"/> Colocación de un hijo de crianza<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura por cumplir 26 años<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura por disolución del matrimonio o de relación con PDR<input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad para una cobertura de grupo<input type="checkbox"/> Finalización de la cobertura conforme a la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) debido al término de la cobertura, de las contribuciones del empleador o de un subsidio gubernamental<input type="checkbox"/> Pérdida de la cobertura del Plan de Salud de Oregon (OHP)<input type="checkbox"/> Otra _____	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio o documentación que certifique la unión de hecho Y prueba de cobertura previa para al menos 1 cónyuge o pareja<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento o papeles de adopción<input type="checkbox"/> Orden judicial de manutención infantil o de otro tipo<input type="checkbox"/> Carta del empleador u otra compañía de seguros que confirme la pérdida de cobertura debido a la edad<input type="checkbox"/> Papeles de divorcio u otra documentación gubernamental que demuestre la disolución del matrimonio o de la unión de hecho<input type="checkbox"/> Aviso de cancelación de cobertura Y carta del empleador que confirma la pérdida de elegibilidad para la cobertura. Debe incluir las fechas de inicio y finalización de la cobertura: _____<input type="checkbox"/> Aviso de cancelación de cobertura. Debe incluir las fechas de inicio y finalización de la cobertura: _____<input type="checkbox"/> Aviso del programa estatal sobre la pérdida de cobertura Contáctenos

Las cartas deben estar impresas en papel con membrete oficial. Puede encontrar una lista más detallada de las pruebas solicitadas en <https://www.deltadentalor.com/producers/dental-plans/plans-for-individuals>.

Sección 2: Elija un plan

IMPORTANTE: Los planes EPO no cuentan con cobertura fuera de la red.

Si elige:

- > Un plan Delta Dental EPO, debe usar proveedores dentro de la red Delta Dental PPO
- > Un plan dental de Willamette EPO, debe usar proveedores dentro de la red de Willamette Dental

Quiero que mi cobertura comience el: _____ / _____ / _____

Elijo el siguiente plan dental:

- Delta Dental PPO¹
- Delta Dental EPO¹
- Delta Dental PPO MAC¹
- Delta Dental Premier 1000²
- Delta Dental PPO Bright Smiles¹
- Willamette EPO²

¹Incluye cobertura dental pediátrica que cumple con los requisitos de la Ley de Cuidados Asequibles.

²Plan no certificado. No cumple con el requisito de cobertura dental pediátrica según la Ley de Cuidados Asequibles.

Si cambia de un plan individual de Delta Dental a otro debido a un evento calificado que justifica una inscripción especial, cualquier monto aplicado al límite de pago máximo anual del plan se transferirá a su nuevo plan.

Sección 3: Crédito para el período de exclusión de beneficios (para coberturas dentales nuevas)

Si elige una póliza que usa:

- > La red Delta Dental:

¿Ha tenido cobertura dental los últimos 12 meses con un intervalo inferior a 90 días entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha prevista de entrada en vigor de esta nueva póliza?

- > Red Willamette Dental:

¿Ha tenido cobertura dental en los últimos 12 meses sin interrupción en la cobertura entre la fecha de cese de la póliza anterior y la fecha prevista de entrada en vigor de esta nueva póliza?

- No Sí Si Delta Dental Plan of Oregon ofreció dicha cobertura, usted será eximido automáticamente del período de exclusión de su cobertura dental. Si otra compañía de seguros brindó la cobertura, podemos acreditar su cobertura anterior para el período de exclusión de beneficios. Adjunte una carta de su anterior compañía de seguros o empleador en la que se indiquen las fechas de inicio y finalización de su cobertura dental anterior.

Sección 4: Otro seguro

¿Contará con otro seguro médico o dental? Sí No tendré otra cobertura

Inscripción

Indique todos los miembros de la familia para los que desea cobertura (secciones 5 a 7).

Solo su cónyuge legal, pareja doméstica y los hijos menores de 26 años son elegibles.

Nos comprometemos a comprender y valorar la diversidad de nuestros miembros. Solicitamos información sobre identidad de género y raza o etnia para poder referirnos a usted y comunicarnos con usted de manera adecuada y respetuosa. Esta información es opcional. Utilice estos códigos para completar la información de cada miembro:

*Identidad de género: **M**-masculino, **F**-femenino, **T**-transgénero, **C**-cisgénero, **GN**-género no conforme, **NB**-no binario, **TG**-tercer género, **Q**-por decidir, **O**-otra, **P**-prefiero no contestar

Raza/etnia: **AI-indio americano/nativo de Alaska, **A**-asiático, **B**-negro/afroamericano, **C**-caucásico, **H**-hispano/latino, **PI**-nativo de Hawái/otro isleño del Pacífico, **O**-otra, **P**-prefiero no contestar

De ser necesario, adjunte páginas adicionales para incluir a más de [insertar número] hijos.

He adjuntado _____ páginas.

Sección 5: Información del suscriptor

En esta sección, se debe incluir la información del suscriptor.

¿Esta solicitud es para una póliza exclusiva para hijos?

No Sí Si la respuesta es afirmativa, designe al hijo más pequeño como suscriptor.

Los hijos de 26 años o más deben tener su propia póliza.

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social
----------------------------------	--------------------------

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Número de teléfono	Correo electrónico
--------------------	--------------------

Dirección de correo postal (*si es diferente*)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal
-----------------------------------------------------------------	----------------------	----------------	------------------

Sección 6: Información de dependientes – Cónyuge o pareja doméstica registrada (PDR)

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número del Seguro Social
----------------------------------	--------------------------

Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal
-----------------------------------------------------------------	----------------------	----------------	------------------

Sección 7: Información de dependientes — Hijos elegibles

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Nombre (*apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre*)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número del Seguro Social	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Identidad de género*	Raza o etnia**	Idioma principal

Sección 8: Facturación y método de pago

Si elige la transferencia electrónica de fondos (EFT) o factura electrónica (eBill), la factura de la prima será electrónica y estará disponible en la sección eBill del Panel para miembros. De lo contrario, recibirá facturas impresas por correo postal. Puede cambiar sus preferencias de facturación en la sección eBill del Panel para miembros.

Elija su opción de pago:

- Pago automático mediante eBill en el Panel para miembros.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT), consulte el acuerdo de autorización a continuación
- Cheque personal, giro bancario o cheque de caja.

Para autorizar las deducciones automáticas mensuales de las primas desde su cuenta bancaria (EFT), firme a continuación y elija una de estas opciones:

- > Adjuntar una fotocopia de un cheque personal anulado de la cuenta, o
- > Indicar los números de cuenta y ruta bancaria a continuación:

Nombre del banco	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro
Número de ruta bancaria	Número de cuenta

Autorizo a Delta Dental a cobrar de mi cuenta las primas mensuales de las personas mencionadas anteriormente. También autorizo a mi banco, indicado en este formulario, a que apruebe estos cargos mensuales. Esta autorización seguirá en vigor hasta que otorgue a mi banco la oportunidad de tomar alguna otra medida. Para suspender los pagos, debo notificar a mi banco antes de que se cobren de mi cuenta.

Firma del titular de la cuenta 	Fecha
Nombre del titular de la cuenta (en letra de imprenta)	

Las EFT se inician alrededor del día 5 del mes y suelen demorar uno o dos días en registrarse en su cuenta. Es posible que el primer pago se haga en una fecha posterior si la inscripción se procesa después del día 5 del mes.

Dirección de facturación (si es diferente de la dirección postal):		
Ciudad	Estado	Código postal

Sección 9: Condiciones básicas de la inscripción

Con mi firma en la sección 10, entiendo y acepto lo siguiente:

- > Esta solicitud no constituye una oferta de cobertura. La cobertura no comenzará hasta que Delta Dental reciba esta solicitud, la revise y asigne una fecha de entrada en vigor.
- > Esta solicitud formará parte de mi póliza.
- > Tengo derecho a analizar y devolver la póliza en un plazo de 10 días después de haberla recibido.
- > Estos son los requisitos para que la cobertura sea aceptada:
 - A) El suscriptor debe ser residente de Oregon para solicitar y mantener la cobertura de un plan de Delta Dental. El término "residente" se refiere a una persona que vive en el área de servicio del plan y que tiene las intenciones de hacerlo de forma permanente o por tiempo indefinido. Es posible que Delta Dental exija prueba de residencia, que incluye, entre otros, la dirección postal (no un apartado postal).
 - B) No puedo tener cobertura de más de un plan dental individual de Delta Dental en ningún momento.
- > Comprendo que puedo recibir beneficios inferiores al monto facturado por mi proveedor cuando realizo un tratamiento con un proveedor no contratado.
- > No hay beneficios disponibles en un plan de Delta Dental para los servicios recibidos antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura.
- > Los cambios en las leyes o normas estatales o federales pueden modificar los beneficios o tarifas del plan que elegí. Los cambios entrarán en vigor el 1.^º de enero.
- > Independientemente de la fecha de mi inscripción, la prima del plan se renovará el 1.^º de enero.
- > He leído la declaración de privacidad de Delta Dental que está disponible en deltadentalor.com.

Sección 10: Certificado de finalización y exactitud

Asegúrese de firmar y colocar la fecha a continuación. Su cónyuge, su pareja doméstica registrada y sus hijos mayores de 18 años también deben firmar la solicitud.

Confirmo que las respuestas de esta solicitud están completas y son correctas según mi leal saber y entender. Comprendo que, si esta solicitud contiene cualquier tergiversación intencional de hechos materiales, Delta Dental puede negarme la cobertura, modificar o cancelar el contrato, o bien tomar otras acciones legales. Informaré a Delta Dental de forma oportuna y por escrito cualquier cambio que ocurra antes de que la cobertura entre en vigor y que haga que la información en la solicitud quede incompleta o sea incorrecta. En caso de aprobarse, la cobertura comenzará a regir a partir de la fecha de entrada en vigor que determine Delta Dental. Delta Dental puede comunicarse conmigo para que le aclare ciertas respuestas de esta solicitud. Como solicitante, comprendo que tengo derecho a inspeccionar la información en mi archivo.

He (hemos) leído y comprendido esta solicitud, las condiciones y las declaraciones de certificación y privacidad.

Solicitante (suscriptor) o padre, madre o tutor (póliza exclusiva para hijos): _____

Nombre en letra de imprenta de Padre o madre Tutor¹ Solicitante _____

Firma	Fecha
X	
Si se inscribe: Firma de cónyuge o pareja doméstica	Fecha
X	
Firma de hijos mayores de 18 años	Fecha
X	
Firma de hijos mayores de 18 años	Fecha
X	

¹Si no es el padre ni la madre, pero es el representante legal o su apoderado, adjunte la documentación legal.

Al brindar mi información de contacto, otorgo consentimiento para recibir comunicaciones de Delta Dental Plan of Oregon y sus filiales y socios comerciales respecto de los beneficios, los pagos y los tratamientos del plan de salud.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico pueden ser inseguras. Aunque no es usual, existe la posibilidad de que otra parte, que no sea el destinatario, obtenga la información incluida en un correo electrónico. Le recomendamos que no incluya información de identificación personal, como su fecha de nacimiento, ni información médica personal en ninguno de los correos electrónicos que nos envíe. No es necesario que incluya su dirección de correo electrónico o número de teléfono para adquirir bienes o servicios.

Consulte la sección 12 para conocer los detalles sobre cómo presentar la solicitud.

Sección 11: Agente (solo el agente debe completarla)

Yo (el agente) he explicado las disposiciones de elegibilidad al solicitante. No he hecho ninguna declaración con respecto a los beneficios, las condiciones o las limitaciones de la póliza, excepto a través del material escrito proporcionado por Delta Dental. Le he informado al solicitante que solo Delta Dental asigna la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Para actuar como agente, Delta Dental Plan of Oregon debe haberlo designado activamente como tal.

Nombre del agente	Nombre de la agencia	NPN (N.º nacional del productor de seguros)
Número de teléfono	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal

Certifico que la información que el suscriptor me ha proporcionado se ha registrado con precisión y veracidad.

Firma del agente (obligatoria)	Fecha
X	

Nota para el agente: No es necesario que el pago se incluya en la solicitud, pero sí se requiere el primer pago para poder activar la cobertura.

Sección 12: ¿Está listo para enviar el formulario?

- > ¿Ha completado toda la solicitud y la ha firmado?
- > ¿Ha adjuntado la documentación requerida (tutela, etc.)?
- > ¿Ha incluido el pago de la prima del primer mes? (Puede enviarlo más adelante, pero sí se requiere el primer pago para poder activar la cobertura).

Envíenos su solicitud completa y firmada y sus archivos adjuntos:

- > Correo electrónico: escanee el formulario y envíelo a individualapp@DeltaDentalOR.com
- > Fax: 503-219-3696
- > Correo postal: Delta Dental, Membership Accounting,
601 SW Second Ave.,
Portland, OR 97204-3156

Documentación electrónica

¿Es nuevo en Delta Dental Plan of Oregon? Tras aprobarse su solicitud, recibirá una carta de bienvenida con su número de identificación de miembro. Utilice este número de identificación para configurar su cuenta en el Panel para miembros de deltadentalor.com. Cuando inicie sesión en el Panel para miembros podrá hacer lo siguiente:

- > Consultar el Manual para miembros.
- > Ver cómo se pagaron sus reclamos al optar recibir la Explicación de Beneficios (Explanations of Benefits, EOB) de forma electrónica.
- > Olvídense del papel: recibirá un correo electrónico cuando su primera factura esté lista.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con Delta Dental al 855-718-1767.

deltadentalor.com

Planes dentales en Oregon brindados por Delta Dental Plan of Oregon.
Delta Dental es una marca registrada de Delta Dental Plans Association.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-877-605-3229 (TTY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (Người khuyết tật: 1-877-605-3229 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-605-3229 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-605-3229 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を探するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-877-605-3229 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-605-3229 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyon tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-605-3229 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-605-3229 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

ማስልጠቅ:- ከሚገኘው ከሆነ፣ የቁንቃ ዓይነት አገልግሎቶች በኋላ ይቀርብልቷል፡፡ መረጃዎች በተደረገበት ፍርድ ለማቅረብ ተገበሩ የሆኑም እነዚያ እና አገልግሎቶች እንዲሁ በኋላ ይገኘለ፡፡ በስልክ
ፏጥር 1-877-605-3229 (TTY: 711) ያደውሉ ወይም
አገልግሎት እቅራረብን የሞላ፡፡

FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo maclumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac 1-877-605-3229 (TTY: 711) ama la hadal bixiyahaaga.

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电（文本电话：1-877-605-3229（TTY: 711））或咨询您的服务提供商。

ເຊື້ອງຈາກ: ກ້າທ່ານວົ້າພາສາ ລາວ,
ລະມີບໍລິການຂ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ.
ມີຄື່ອງຂ່ວຍ ແລະ
ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເຫັນຈະສົມຜ່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບ
ແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າຖືໄດ້. ໂທທາງເບີ 1-877-605-3229
(TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย
เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้
ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึง^{ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย} โปรดโทรติดต่อ 1-877-605-3229
(TTY: 711) หรือปรึกษาเพื่อรับบริการของคุณ

توجہ دین: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسانی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-877-605-3229 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کئندہ سہ نات کریں۔

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau
1-877-605-3229 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्।
1-877-605-3229 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग करा गर्नुहोस।

ശ്രദ്ധിക്കുക: നിങ്ങൾ മലയാളം ഭാഷ
സംസാരിക്കുമെങ്കിൽ, സൗജന്യ ഭാഷാ
സഹായ സേവനങ്ങൾ നിങ്ങൾക്ക്
ലഭ്യമാണ്. ആക്സസ് ചെയ്യാവുന്ന
ഫോർമാറ്റുകളിൽ വിവരങ്ങൾ
നൽകാനുള്ള ഉചിതമായ അനുബന്ധ
സഹായങ്ങളും സേവനങ്ങളും കൂടെ
സൗജന്യമായി ലഭ്യമാണ്. 1-877-605-3229
(TTY: 711) ഫേക്സ് വിളിക്കുക അല്ലെങ്കിൽ
നിങ്ങളുടെ ഭാതാവിനോട്
സംസാരിക്കുക.

PANANGIKASO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odmo dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti ma-akses a pormat. Awagan ti 1-877-605-3229 (TTY: 711) wenna makisarita iti mangipapaay kenka.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-877-605-3229 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాకేన్ చేయగల పొర్చులలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-877-605-3229 (TTY: 711) కి కాల్ చేయిండి లేదా మీ ప్రోవైడర్తో మాట్లాడండి.

تتبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما متتوفر وسائل معايدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 877-605-3229 (TTY: 711).

AKIYESI: Ti o ba sọ Yorùbá, awọn işe iranlọwó
ede qfẹ wa fun ọ. Awọn iranlọwó iranlọwó ti o ye
ati awọn işe lati pese alaye ni awọn ọna kika
wiwôle tun wa laisi idiyele. Pe 1-877-605-3229
(TTY: 711) tabi soro si olupese re.

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-877-605-3229 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-605-3229 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.