

# HEALTH *matters*

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會員的福利資訊、健康要訣與資源

2025 年第 1 版



- 2 了解您的權利和福利
- 3 取得護理的重要通知
- 4 免費語言協助服務
- 6 盡快為您的加州低收入醫療保險 (白卡) 續期
- 7 聖馬刁健康計劃保護您的隱私
- 8 了解正確電話號碼以節省時間

聖馬刁健康計劃是全國評級最高的健康計劃之一，  
得分 4.5 分 (滿分 5.0 分)！  
查看我們的評級分數：<https://tinyurl.com/veyrtzdb>  
NCOA 2024 年健康計劃評級結果



**mp HealthPlan**  
OF SAN MATEO  
Health is for everyone  
801 GATEWAY BOULEVARD SUITE 100  
SOUTH SAN FRANCISCO CA 94080

PRSR1 STD  
U.S. POSTAGE  
**PAID**  
HPSM



## 了解您的權利和福利

身為聖馬刁健康計劃 (HPSM) 的會員，聯邦及加州民權法規賦予您權利，讓您獲得尊重您所用語言、文化和能力的健康護理服務。您也可使用許多福利、計劃、服務、教育資訊等等。我們的目標是幫助您充份善用這些資源，盡量令您活得健康。

**讓人人擁有健康是聖馬刁健康計劃的承諾，  
確保我們所有會員都能取得他們需要的護理。**

本期《**健康很重要**》將說明一些供您使用的健康護理資源、這些資源如何能幫助您，以及您該如何使用這些資源。若您對於這些資源有任何疑問，請致電或發送電郵給聖馬刁健康計劃 (請參閱第 8 頁的聯絡資料)。

| 若要了解您的會員權利和福利的詳情，請瀏覽 [www.hpsm.org/member-rights](http://www.hpsm.org/member-rights)。



# 取得護理的重要通知

我們會提供重要資訊，幫助您取得適當的健康護理。我們的目標是定時通知所有會員關於我們提供的服務範圍 - 從行為健康以至專科護理不等。我們致力讓您更輕鬆找到所需資訊和服務。請參閱以下更多會員資源。



**行為健康：**若要了解聖馬刁健康計劃 (HPSM) 提供的精神健康服務，請致電聖馬刁縣行為健康和康復服務機構 (San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) 資源團隊電話中心，電話是 **1-800-686-0101** (TTY 聽力及語言障礙裝置請撥 **7-1-1**)。



**福利限制：**聖馬刁健康計劃為會員提供的健康護理服務，皆受到加州低收入醫療保險 (白卡) 承保說明 (EOC) 所列的條款、細則、不承保服務和限制的約束 (包括在聖馬刁健康計劃服務區域以外取得的服務)。



**新科技承保：**對於新科技和實驗性治療的要求，將由聖馬刁健康計劃審核。若您的病況危及性命或導致嚴重衰弱，且一般的治療對您無效、不適合您使用，或不由加州低收入醫療保險 (白卡) 承保，則您的要求可能會獲得核准。



**提出投訴和上訴：**若您不滿意自己的醫療護理，或由聖馬刁健康計劃或您服務提供者提供的服務，您可以提出投訴或上訴。詳情請瀏覽 [www.hpsm.org/member/file-a-complaint](http://www.hpsm.org/member/file-a-complaint)。



**住院治療：**在急診情況下，請撥打 **9-1-1** 或前往最近醫院。如果您需要住院治療，但並非急診情況，主治醫生將給您事先核准，並決定您要去哪一家醫院。您需要去聖馬刁健康計劃網絡內的醫院。詳情請瀏覽 [www.hpsm.org/find-a-provider](http://www.hpsm.org/find-a-provider)。



**提交承保服務的費用索償申請：**如果您接到承保服務的帳單，不要支付。若您已支付費用，請致電會員服務部門，查詢如何取回款項。詳情請瀏覽 [www.hpsm.org/member-claims](http://www.hpsm.org/member-claims)。



**工作時間以外的服務：**即使過了工作時間，您仍然可以致電聖馬刁健康計劃或您的主治醫生。(聖馬刁健康計劃的服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00。) 如需急診護理，請撥打 **9-1-1** 或前往最近的急診室。如果您不確定是否為急診狀況，請致電護理諮詢專線 (Nurse Advice Line) **1-833-846-8773**。



**加州以外的服務：**若在外旅行時需要緊急的健康護理，您可以免費看網絡外服務提供者。若要取得授權，請立即致電您的主治醫生或會員服務部 (請參閱第 8 頁)。詳情請瀏覽 [www.hpsm.org/MC-service-area](http://www.hpsm.org/MC-service-area)。



**專科護理：**如果您需要看專科醫生，您的主治醫生會與您一起選擇、為您轉診和幫助您安排預約。

| 您可以在會員手冊 / 承保說明 (EOC) 內查閱詳情：[www.hpsm.org/member-handbooks](http://www.hpsm.org/member-handbooks)。



## 免費語言協助服務

若會員遇有以下的情況，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 會使用其他語言和格式給他們提供電話、視訊和面對面的口譯員服務和資訊：

- 能說或閱讀的語言並非英語。
- 有聽覺或視力障礙。

### 您有權在以下情況下要求口譯員服務：

- 與聖馬刁健康計劃的職員\*或與您的服務提供者及其職員通電話或面對面談話時。
- 在藥房領取藥物時。

若需要口譯員，您只需告訴與您談話的人士。

| 了解如何取得口譯員服務：[www.hpsm.org/interpreters](http://www.hpsm.org/interpreters)。

\* 聖馬刁健康計劃部門包括會員服務部、CareAdvantage 部門、護理管理部、申訴及上訴部、健康宣導部和醫療應用管理部 (Utilization Management)。請查看第 8 頁的電話號碼。

### 如果您的服務提供者不會說您的語言，您可以獲派一名口譯員。

您的服務提供者不論以什麼形式看診時 (面對面、電話或視像)，都需要為您提供口譯員服務。聖馬刁健康計劃可能向您的服務提供者分享您慣用語言的資訊，以讓他們為您提供更好的服務。在會員就診時，服務提供者不得要求會員以家人或朋友充當「非正式」的口譯員。若要了解為何最好使用專業語言口譯員，請瀏覽 [www.hpsm.org/language-interpreters](http://www.hpsm.org/language-interpreters)。

如果您不滿意由我們的合約口譯員或服務提供者提供的語言協助服務，您有權提出投訴或申訴。詳情請瀏覽 [www.hpsm.org/complaints](http://www.hpsm.org/complaints)。





## 聖馬刁健康計劃 (HPSM) 以不同語言和格式提供會員資料

| 這類資訊包括您的會員權利與責任。請查閱和下載相關資訊：[www.hpsm.org/member-handbooks](http://www.hpsm.org/member-handbooks)。

會員資料有英語、西班牙語、中文和他加祿語版本。您也可以免費索取其他格式的資料 (如大型字體版、盲人點字版和/或有聲版)。若想要索取印刷本，請致電或發送電子郵件給會員服務部 (請參閱第 8 頁)。

**會員手冊：**說明您的福利和使用方法。手冊將定期更新，並包含以下資訊：

### 承保福利、服務和藥物

- 共付金 (若有)
- 提交承保福利的費用索償申請 (如有需要)
- 會員權利與責任

### 取得護理

- 在急診情況下、正常工作時間以外或身處聖馬刁縣外時獲得護理服務
- 獲得健康護理服務和處方藥物
- 以您慣用的語言獲得資訊和服務

### 服務提供者

- 選擇主治醫生 (PCP)
- 關於網絡內和網絡外護理的詳情
- 查詢關於網絡服務提供者 (主治醫生、專科和精神健康服務提供者，以及醫院) 的資訊

### 上訴和投訴

- 關於聖馬刁健康計劃上訴審查程序的詳情，包括如何就否決服務提出上訴
- 提出投訴
- 如何決定是否將新技術納入承保福利

**服務提供者名錄：**一份列有所有服務提供者和專科醫生的名單。名錄可於網上查閱，網址：[www.hpsm.org/find-a-provider](http://www.hpsm.org/find-a-provider)。如果在找尋服務提供者時需要協助，請致電會員服務部或 CareAdvantage 部門 (請參閱第 8 頁)。

**藥方集：**您的健康計劃所承保的藥物清單。

- **CareAdvantage：**您可上網查閱藥方集：[www.hpsm.org/medicines](http://www.hpsm.org/medicines)，以找出獲承保的藥物。
- **加州低收入醫療保險 (白卡)：**藥房服務是透過 Medi-Cal Rx (加州低收入醫療保險 (白卡) 處方藥計劃) 由加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services, DHCS) 管理。您可於網上找尋承保藥物，網址：<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/member/drug-lookup>。若對獲得藥物有任何疑問，請登入 Medi-Cal Rx 受益人入口網站：<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/member/login>，或致電 1-800-977-2273 (TTY 聽力及語言障礙裝置使用者請撥 7-1-1)。

**福利摘要：**(只適用於 CareAdvantage) 說明 CareAdvantage 的福利及服務。





## 盡快為您的加州低收入醫療保險 (白卡) 續期 今天便填妥並郵寄續期包

您有收到由聖馬刁縣人民服務局 (Human Services Agency, HSA) 寄出的信封嗎？如果有，請確保您填妥加州低收入醫療保險 (白卡) 的續期表格，並立即寄回。這樣可免您失去加州低收入醫療保險 (白卡) 承保福利。即使目前資料不齊全，也請提交您目前已有的文件，其餘的可日後補交。

如果您可以使用網路連線，則可在網上辦理加州低收入醫療保險 (白卡) 續期：  
[www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com)。如果您沒有帳戶，請建立一個。

當人民服務局收到您的續期包後，他們會郵寄一封信函給您，表示您的加州低收入醫療保險 (白卡) 已獲續期，或需要索取更多資訊。

如果您對加州低收入醫療保險 (白卡) 續期有任何疑問：

- 請致電 **800-223-8383** 聯絡聖馬刁縣人民服務局。
- 親身前往聖馬刁縣人民服務局以下任何一個地點：

### Mid County, Belmont

400 Harbor Boulevard  
Belmont, CA 94002

### Daly City

271 92nd Street  
Daly City, CA 94015

### East Palo Alto

2415 University Avenue  
East Palo Alto, CA 94303

### Redwood City

2500 Middlefield Road  
Redwood City, CA 94063

如果您已失去承保福利，但認為自己仍然符合資格，請要求聖馬刁縣人民服務局重新審查您的個案。



# 聖馬刁健康計劃 (HPSM) 保護您的隱私

您的健康護理是您本人和您的服務提供者之間的事；因此，我們致力保護您個人健康資訊的隱私。我們的隱私政策說明我們的做法：

- 遵守州法和聯邦隱私法規。
- 遵守特定的隱私守則\* (例如：只向有需要的人士分享您的健康資訊和只分享他們需要的資訊)。
- 尊重您在健康資訊方面的權利。

《隱私通知》修訂版已於 2024 年 10 月 1 日生效。若要了解聖馬刁健康計劃如何可以使用或分享您的健康資訊，請閱讀聖馬刁健康計劃的《隱私政策》，網址：  
[www.hpsm.org/privacy](http://www.hpsm.org/privacy)。

若您對聖馬刁健康計劃的《隱私政策》有任何疑問，或若您想獲寄一份副本，請發送電郵給聖馬刁健康計劃合規部門 (Compliance Department)，地址：  
[compliance@hpsm.org](mailto:compliance@hpsm.org)。

\*關於服務提供者診所內收集的健康資訊，您的服務提供者可能有不同的使用和披露政策或通知。





# 了解正確電話號碼以節省時間

若對您的福利有任何疑問：

**CareAdvantage 會員：**

請致電 **650-616-2174** 或 **1-866-880-0606**  
 (免費電話) 聯絡 CareAdvantage 部門，服務時間  
 為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。  
 電郵地址：[CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org)。

**聖馬刁健康計劃 (HPSM) 加州低收入醫療保險 (白卡) 和 HealthWorx 計劃會員及 ACE 參與者：**  
 請致電 **650-616-2133** 或  
**1-800-750-4776** (免費電話) 聯絡聖馬刁健康計劃  
 會員服務部，服務時間為週一至週五上午 8:00 至  
 晚上 6:00。  
 電郵地址：[MemberServicesSupport@hpsm.org](mailto:MemberServicesSupport@hpsm.org)。

您需要的資訊：	請致電：	電話號碼
有緊急的健康憂慮但無法聯絡到您的服務提供者或已過了服務時間	護理諮詢專線 (Nurse Advice Line)	<b>1-833-846-8773</b>
有緊急的牙科問題但無法聯絡到您的牙科服務提供者或已過了服務時間	Dentistry.One	<b>1-844-240-1883</b>
要求接送服務以前往接受已獲准的健康護理	美國物流公司 (American Logistics)	CareAdvantage 會員： <b>1-877-356-1080</b>  加州低收入醫療保險 (白卡) 會員： <b>1-844-856-4389</b>
事先授權	醫療應用管理部 (Utilization Management)	住院病人： <b>650-616-2828</b> 門診病人： <b>650-616-2070</b>
索償	索償服務	<b>650-616-2106</b>
提出投訴	申訴及上訴部門	免費電話： <b>1-888-576-7227</b>  本地電話： <b>650-616-2850</b>
行為健康護理	行為健康和康復服務機構資源團隊電話中心	<b>1-800-686-0101</b>

TTY 聽力及語言障礙裝置：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。

**所有來電均為免費。**



## NONDISCRIMINATION NOTICE

---

Discrimination is against the law HPSM follows State and Federal civil rights laws. HPSM does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

HPSM provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - ✓ Qualified sign language interpreters
  - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - ✓ Qualified interpreters
  - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact HPSM Member Services between Monday through Friday, 8:00 a.m. to 6:00 p.m. by calling **1-800-750-4776**. If you cannot hear or speak well, please call TTY **1-800-735-2929** or **7-1-1**). Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, electronic or audio format. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

**Health Plan of San Mateo Attn.: Member Services**  
**801 Gateway Boulevard, Suite 100**  
**South San Francisco, CA 94080**  
**1-800-750-4776 or 650-616-2133**  
**TTY/TDD:1-800-735-2929 7-1-1**

### HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that HPSM has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity or sexual orientation, you can file a grievance with HPSM. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- By phone: Contact between Monday through Friday, 8:00 a.m. to 6:00 p.m. by calling **1-800-750-4776**. Or, if you cannot hear or speak well, please call TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:

**Health Plan of San Mateo**  
**Attn.: Civil Rights Coordinator**  
**801 Gateway Boulevard, Suite 100**  
**South San Francisco, CA 94080**

- In person: Visit your doctor's office or HPSM and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit HPSM's website at [grievance.hpsm.org](http://grievance.hpsm.org)

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **7-1-1** (Telecommunications Relay Service).
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**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**

Complaint forms are available at [www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- Electronically: Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

- Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

**English:** ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**). These services are free of charge.

**العربية (Arabic):** يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

**հայերեն (Armenian):** Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված Նյութեր: Չանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian):** ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-750-4776 (TTY:1-800-735-2929)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-750-4776 (TTY: 1-800-735-2929)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**中國人 (Chinese):** 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)。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 **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**)。这些服务都是免费的。

**(Farsi)** اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، تماس بگیرد. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**) نیز موجود است. با

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Hmoob (Hmong):** CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**). 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 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本(Japanese):** 注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**)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。 **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**)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。

**한국인 (Korean)**  
유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ພາສາລາວ (Lao):** ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY:**1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕເລິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



**Mien:** LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Tais serviços são gratuitos.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-750-4776** (линия **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog:** ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Libre ang mga serbisyong ito.

**แบบไทย (Thai):** โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**українською (Ukrainian):** УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Ці послуги безкоштовні.

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). 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 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.