



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN, Y CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN SOBRE UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA, O DE SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN. REVISE CON DETENIMIENTO.

TIENE EL DERECHO A SOLICITAR UNA COPIA DE ESTE AVISO (IMPRESA O ELECTRÓNICA) Y ANALIZARLA CON SU PROVEEDOR SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.

Fecha de entrada en vigor: 23 de noviembre de 2013

Revisado: 12 de febrero de 2026

QUIÉN RESPETARÁ ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información médica y otra información de tratamiento (también conocida como "información médica protegida" o "PHI") es personal y privada, y debemos protegerla. Este aviso le dice cómo la ley estatal o federal nos exige o permite usar o revelar su PHI. También le dice cuáles son sus derechos y qué debe hacer el Departamento de Salud Conductual (DBH) cuando usa o revela su PHI. Todos los empleados de DBH, empleados de agencias bajo contrato, voluntarios y otros miembros de la fuerza de trabajo que tengan acceso a la PHI deben respetar este aviso. Esto incluye otras entidades que formen un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA), que se mencionan al final de este aviso u organizaciones que mantienen acuerdos con el DBH (incluyendo acuerdos con socios comerciales).

Por ley, debemos:

- Proteger la confidencialidad, privacidad y seguridad de su PHI de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.
- Darle este aviso explicando nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad sobre su PHI de salud mental y trastorno por consumo de sustancias.
- Respetar las obligaciones y prácticas descritas en este aviso.
- Avisarle de si ocurre una violación (acceso o revelación no autorizada) de su PHI de salud mental o trastorno por consumo de sustancias.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de hacer cambios en este aviso cuando la ley o las prácticas cambien. Si hacemos cambios en este aviso, usted tiene derecho a recibir una copia de los cambios por escrito. Para obtener una copia, puede pedirla a su proveedor o cualquier empleado de DBH.

CÓMO LA LEY PERMITE EL USO Y REVELACIÓN DE SU "PHI DE SALUD MENTAL".

El DBH o sus socios comerciales, pueden usar/revelar su PHI de salud mental sin autorización por escrito por los siguientes motivos:

Según lo exija la ley: Podemos revelar su PHI si la ley federal o estatal lo exigen. (Si se usa IA para documentar o registrar servicios de tratamiento o actividades relacionadas, la PHI se mantendrá de forma segura de conformidad con las leyes estatales y federales y los requisitos de garantías de seguridad).

Médicos forenses y examinadores médicos: Podemos revelar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

Uso compartido de datos e interoperabilidad: Podemos intercambiar su PHI entre proveedores, planes y otras organizaciones de atención médica en cumplimiento de las leyes de privacidad federales y estatales, reglamentaciones y otras normas de uso compartido de datos. La interoperabilidad le permite acceder a su información, hace el intercambio de información más fácil, ayuda a coordinar su atención, y mejora los resultados médicos. El uso compartido de datos puede ocurrir mediante el intercambio de información médica (HIE), que es un sistema electrónico seguro que permite al proveedor de atención médica compartir y acceder a la PHI para mejorar los servicios de atención médica, coordinación de atención, seguridad y eficiencia.

Ayuda en caso de catástrofe: podemos revelar su PHI a organizaciones de ayuda en caso de catástrofe que busquen su información para coordinar su atención o avisar a familiares y amigos de su ubicación o condición en una catástrofe. Le daremos la oportunidad de aceptar u oponerse a dicha revelación siempre que sea práctico hacerlo.

Operaciones de atención médica: podemos usar y revelar su PHI para operaciones comerciales, incluyendo gestión de casos, coordinación de la atención, auditorías, y actividades médicas en la población. Por ejemplo, podemos usar su PHI para revisar la calidad del tratamiento/servicios que recibió para asegurar que está recibiendo la atención adecuada.

Actividades de supervisión médica: podemos revelar su PHI a una agencia de supervisión médica, según lo autoriza la ley federal o estatal. Por ejemplo, podemos compartir su PHI para auditorías, investigaciones, inspecciones, acreditación, certificación, o acciones disciplinarias.

Reclusos: Si actualmente está preso, podemos revelar su PHI al organismo encargado de la administración de justicia y según lo permita la ley estatal o federal.

Orden público: podemos revelar su PHI a responsables del orden público en las siguientes circunstancias:

- En respuesta a una orden o garantía judicial;
- Para encontrar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona perdida;
- Si usted es víctima de un delito o no puede aceptar dar información;
- Para reportar conducta delictiva en cualquiera de nuestros centros;
- Para dar información sobre un delito o delincuente en situaciones de emergencia, o
- Para reportar su alta, si lo detuvieron involuntariamente después de que un oficial de justicia iniciara una retención de 72 horas para una evaluación psiquiátrica y solicitara un aviso.

Demandas y otras acciones legales: Si usted es parte de una demanda o acción legal, su PHI se puede revelar en respuesta a una orden judicial según lo autorice la ley federal o estatal.

Militares y veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar su PHI según lo exijan las autoridades de mando militar. También podemos revelar la PHI sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras adecuadas, según lo exija la ley federal.

Consentimiento de menores: Si es mayor de 12 años, podemos revelar o difundir su PHI a su padre/tutor, representante legal, o un tercero si firmó una Autorización para revelar PHI (también llamada "revelación de información" [ROI]) (si dio consentimiento para su propio tratamiento) para revelarla/compartirla con su padre/tutor o representante legal, o cuando una orden judicial se haya emitido exigiendo la revelación.

Equipos de personal multidisciplinario: Podemos revelar su PHI a miembros de un equipo multidisciplinario que participe en la prevención, identificación, manejo, o tratamiento de sospecha de abuso o negligencia infantil, o abuso o negligencia de ancianos, en la medida que exijan las reglamentaciones federales, estatales o del condado. Para menores, las revelaciones a los padres o tutores se harán solo según lo autorice o exija la ley. Para ancianos, las revelaciones a las partes responsables seguirán los requisitos legales que apliquen.

La revelación también puede ocurrir entre equipos de personal multidisciplinario para personas sin hogar para facilitar la identificación, evaluación y vinculación de personas sin hogar a servicios de vivienda y de apoyo y para permitir que los proveedores de servicios compartan información confidencial con el fin de asegurar continuidad de la atención para personas sin hogar, según se especifica.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia: podemos revelar su PHI a oficiales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Pago: necesitamos usar y revelar información sobre usted para obtener un pago por los servicios que recibe. Por ejemplo, las compañías de seguros piden que nuestras cuentas de cobro tengan descripciones de los tratamientos y servicios que le dimos para recibir el pago.

Servicios de protección para el presidente y otros: podemos revelar su información médica a oficiales federales para acciones legales de inteligencia, contrainteligencia y otras acciones de seguridad nacional que permita la ley. Podemos revelar su información médica a oficiales federales que protejan al presidente, oficiales constitucionales electivos federales y estatales y sus familias, y al Comité de reglas del senado o el comité de reglas de la asamblea con el fin de hacer investigaciones legislativas autorizadas por el comité.

Actividades de salud pública: Podemos revelar su PHI para actividades de salud pública, como para detener o controlar enfermedades, detener lesiones o discapacidad, y reportar abuso o negligencia de menores, ancianos y adultos dependientes.

Investigación: podemos revelar su PHI a investigadores para un proyecto de investigación que pasó por un proceso de aprobación especial. Los investigadores deben proteger la PHI que reciben o eliminar la información de identificación (necesario para los registros de trastorno por abuso de sustancias).

Para mantenerlo informado: podemos llamarlo o escribirle para informarlo de sus citas. También podemos enviarle información sobre otros tratamientos que puedan interesarle.

Para otras agencias gubernamentales que ofrecen beneficios o prestan servicios: Podemos revelar su PHI a agencias gubernamentales que le dan beneficio o prestan servicios. La información que revelamos sobre usted debe ser necesaria para que reciba esos beneficios o servicios.

Para evitar una amenaza para la salud o seguridad: podemos usar y revelar su PHI para prevenir un amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o grupo de personas (incluye establecimientos o un centro específico, o instituto gubernamental o educativo).

Tratamiento: profesionales de la atención médica, como médicos y terapeutas que trabajan juntos para ofrecerle los mejores servicios de atención médica. Los proveedores pueden ver los servicios médicos que ha recibido en el pasado, o pueden evaluar los servicios que recibe en el futuro.

Compensación de trabajadores: Podemos revelar su PHI según lo permitan las leyes de compensación de trabajadores o programas relacionados. Por ejemplo, podemos comunicar su información médica sobre una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo a administradores de reclamaciones, aseguradoras y otras personas responsables de evaluar su reclamación para los beneficios de la compensación de trabajadores y con el fin de obtener un pago por cualquier atención médica que se haya dado al trabajador lesionado o enfermo.

CÓMO PERMITE LA LEY AL DBH USAR Y REVELAR EL PHI DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUD)

El DBH solo puede revelar/compartir su PHI de SUD sin autorización por escrito por los siguientes motivos:

Comunicación en un programa de la Parte 2 o entre un programa de la Parte 2 (programa de SUD): podemos revelar su PHI entre personal que necesite información para hacer sus funciones dando diagnóstico, tratamiento o remisión para tratamiento. La comunicación de su PHI solo se compartirá en un programa de la Parte 2 o una entidad que tenga control administrativo directo sobre el programa (p. ej. proveedor de SUD bajo contrato con SUD de DBH).

Administración de Alimentos y Medicamentos: podemos revelar su PHI a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) cuando se crea que una persona puede estar en peligro por un producto bajo las reglamentaciones de la FDA.

Órdenes jurídicas: Podemos revelar su PHI solo si presenta una autorización válida de revelación de PHI (autorización o también llamada "ROI" o "consentimiento") firmada por usted o su representante autorizado, o si un tribunal emite una orden que cumpla las reglas de 42 CFR Parte 2. Una citación, incluso si se relaciona a un caso penal, civil o administrativo, **NO** nos permite automáticamente revelar sus registros *sin* la orden del tribunal adecuada o su autorización. Es posible que se nos exija reportar sospechas de abuso o negligencia infantil, **pero** sus registros de tratamiento siguen protegidos a menos que usted autorice su revelación o una orden del tribunal de la Parte 2 la permita.

Emergencias médicas: Podemos revelar su PHI relevante al personal médico para tratar una condición que presenta una amenaza inmediata o necesita intervención médica.

Programas de remisión: Podemos revelar su PHI a un programa de remisión sin su autorización por escrito para que podamos vincularlo con servicios adicionales.

Actividades de investigación, auditoría y evaluación: podemos revelar su PHI a un programa calificado de la Parte 2, una entidad tercera responsable de pago, o una agencia gubernamental federal, estatal o local para investigación, auditoría, o evaluación de programa para mejorar los resultados de su tratamiento/servicio de SUD. Toda la información compartida se anonimizará.

Derecho a completar un formulario de consentimiento: tiene derecho a completar una sola solicitud/autorización de revelación por escrito (también llamada ROI o "consentimiento") o para revelar/compartir su PHI de SUD para tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO) con varios proveedores que participan en su atención. Dando esta autorización, las *entidades cubiertas* por la HIPAA (proveedores de atención médica, planes u oficinas de compensación) y sus socios comerciales (entidades no cubiertas haciendo negocios con entidades cubiertas) que reciban su PHI

pueden seguir usándola o compartiéndola según lo permita la HIPAA (para TPO). Puede limitar o retirar su autorización/consentimiento para revelar/compartir su PHI en cualquier momento, pero no afectará la PHI que ya se compartió.

Recaudación de fondos: un programa de la Parte 2 (proveedor de SUD) puede usar o revelar registros para recaudar fondos para el beneficio del programa de la Parte 2 **solo** si primero le dan al paciente una oportunidad clara y evidente de elegir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

OTROS USOS Y REVELACIONES

Con excepción de lo que se describe en este Aviso, o según lo permita la ley estatal o federal, no usaremos ni compartiremos su información médica sin su autorización por escrito. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información, háganoslo saber. Nunca compartiremos su información para fines de comercialización ni venderemos su información sin su consentimiento por escrito. Debemos mantener registros de la atención que le damos.

La violación de la ley y reglamentaciones federales por parte de un programa es un delito. Las sospechas de violaciones se pueden reportar al fiscal general de los EE. UU., el Distrito judicial de California y otras autoridades adecuadas según lo exija la ley.

La ley y las reglamentaciones federales no protegen ninguna información sobre un delito que cometa una persona, ya sea en un programa o contra alguna persona que trabaje para el programa, ni sobre alguna amenaza de cometer dicho delito.

Las leyes y reglamentaciones federales no protegen ninguna información sobre sospecha de abuso o negligencia infantil que se reporte en virtud de la ley ante las autoridades adecuadas.

SUS DERECHOS SOBRE SU PHI

Derecho a consultar y obtener una copia: Con ciertas excepciones, tiene derecho a consultar y obtener una copia de los expedientes médicos que mantenemos para los servicios que se le prestan. Para revisar u obtener una copia de sus expedientes médicos/PHI, debe hacer su solicitud por escrito, al centro donde recibió los servicios. Si se aprueba, es posible que le cobren una tarifa por los costos por copiar, enviar por correo o por suministros relacionados para cumplir su solicitud. Si acepta, es posible que le entregemos un *resumen de los servicios recibidos*, en lugar del expediente médico completo. La información normalmente se entregará en un plazo de treinta (30) días. Si se necesita una prórroga, el DBH le dará un aviso por escrito del motivo de la prórroga y una fecha en la que sus registros estarán disponibles para su revisión. Solo se permite una prórroga por solicitud de acceso.

Si su solicitud para revisar los registros se rechaza por motivos especificados en virtud de 45 CFR 164.524, le entregaremos una explicación del motivo por escrito. Tiene derecho a apelar un rechazo y pedir que otro proveedor revise su solicitud para considerar la revelación de los registros a usted.

Derecho a solicitar una corrección: si cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar, por escrito, que se hagan cambios ("corrección") en su PHI. Aunque aceptaremos solicitudes para cambios, no estamos obligados a aceptarlos. Si rechazamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito.

Derecho a saber a quién le revelamos su PHI: tiene derecho a solicitar una lista de las personas u organizaciones a las que se ha compartido su PHI durante los últimos seis (6) años (aplican excepciones en virtud de 45 CFR §164.528). En virtud de las directrices federales, debemos mantener una lista de toda persona a quien hayamos dado su PHI sin que se usara para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o según lo exija la ley que se menciona en este Aviso. Para pedir un *registro de revelaciones*, debe hacer una solicitud al DBH por escrito. La solicitud debe manifestar el periodo de tiempo solicitado, pero no más de seis (6) años antes de la fecha de la solicitud por escrito. Podemos entregar un (1) *registro de revelaciones gratis* por año, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si se presenta una segunda solicitud en un periodo de 12 meses. Puede elegir detener o cambiar su solicitud después de informarle del costo.

Derecho a pedirnos limitar la PHI: tiene derecho a pedir que se limite la PHI que la ley nos permite usar o revelar sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *No estamos obligados a aceptar su solicitud.* Si aceptamos, cumpliremos su solicitud, a menos que la PHI sea necesaria para ofrecerle tratamiento de emergencia. Las solicitudes de limitación deben presentarse por escrito. Usted debe indicarnos: (1) qué PHI quiere limitar; (2) si quiere limitar el uso, la revelación, o ambos; y (3) para quién quiere que se apliquen los límites. Esta sección aplica para **PHI** de salud mental. Se exige la autorización por escrito para SUD, que también le da la opción de solicitar limitaciones de su PHI.

Derecho a solicitar privacidad: tiene derecho a solicitarnos informarlo de citas u otros asuntos relacionados con su tratamiento de forma específica o en un lugar en específico. Por ejemplo, puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted por correo o a un teléfono específico, o solicitar comunicaciones por correo electrónico. Para solicitar que cierta información se mantenga en privado, debe informar a su proveedor de servicio por escrito de cómo o dónde le gustaría que lo contactaran (esto debe incluir el método de comunicación preferido, así como el teléfono, dirección o correo electrónico).

Derecho a pedirnos que no usemos su PHI : si usted pagó el artículo o servicio de atención médica por completo, como gasto de bolsillo, tiene el derecho de solicitar que su información de salud mental no se revele a un plan médico con el fin de hacer operaciones de pago o de atención médica. Existe una excepción si la revelación al plan médico la exige la ley.

Derecho a una copia impresa de este Aviso: puede pedir a cualquier miembro del personal del DBH una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este Aviso por correo electrónico, le daremos una copia impresa de este aviso si la solicita. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, tiene derecho a analizarlo con el DBH o un proveedor bajo contrato con DBH.

Derecho a elegir a alguien para que actúe por usted: si le otorgó a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Verificaremos que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier acción. La revisión estará sujeta a la consideración del asesor legal/jurídica previa a cualquier acción.

Derecho a rechazar la revelación de PHI de un menor: el permiso para revelar la PHI se obtiene de la persona que tiene el privilegio, que normalmente es la persona que da consentimiento para el tratamiento. Por lo tanto, un menor de 12 años que puede dar consentimiento para tratamiento (paciente ambulatorio de salud mental y SUD), y dio consentimiento para su propio tratamiento, debe autorizar la revelación de su propia PHI. (Lo mismo puede aplicar para un menor de 16 años o más que haya dado consentimiento para recibir medicamentos de SUD para tratar el trastorno por consumo de opioides o servicios del programa de tratamiento con narcóticos). El proveedor solo puede compartir la PHI del menor con un tercero si obtiene una autorización (ROI) firmada. El personal del DBH no tiene permitido revelar la PHI a un padre o tutor legal sin el consentimiento del menor (si no hay una autorización/consentimiento en el expediente para el padre/tutor y el menor dio consentimiento de su propio tratamiento). Además, el representante de un menor **no** tiene derecho a revisar u obtener copias del expediente médico del menor sin el consentimiento del mismo, *a menos* que el tribunal de menores haya emitido una orden autorizando el acceso.

Derecho a revocar la autorización para revelar la PHI: Obtendremos su permiso por escrito mediante una autorización firmada para otros usos y revelaciones de su PHI que no se cubran en este Aviso. Puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento, y dejaremos de revelar su PHI a alguien por los motivos indicados en su autorización por escrito. Cualquier revelación hecha antes de la revocación no se verá afectada por esta. Si le ordenaron el tratamiento mediante el sistema penal judicial (incluyendo tribunales de drogas, libertad condicional o libertad bajo palabra) y firma un consentimiento autorizando revelaciones a elementos del sistema penal judicial como el tribunal, oficiales de libertad condicional, oficiales de libertad bajo palabra, fiscales, u otro orden público, su derecho a revocar el consentimiento puede verse más limitado y debe explicarse con claridad en el consentimiento que firme.

CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una reclamación con nosotros/gobierno del condado, estatal o federal. Presentar una reclamación no afectará su derecho a los servicios o tratamiento futuro.

Entidad	Información de contacto
Departamento de Salud Conductual Oficina de Cumplimiento	Office of Compliance 550 Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415 Teléfono: (909) 388-0879 Correo electrónico: DBH-ComplianceQuestions@dbh.sbcounty.gov
Condado de San Bernardino	Office of Compliance and Ethics 175 W. 5 th Street, First Floor San Bernardino, CA 92415-0440 Teléfono: (909) 387-4500/Fax: (909) 387-8950 Línea directa de cumplimiento: 800-398-9736 Correo electrónico: EthicsLine@cao.sbcounty.gov HIPAAComplaints@cao.sbcounty.gov
Departamento de Servicios de Atención Médica de California	Investigations Division (ID) Department of Health Care Services 1500 Capitol Avenue, MS 2200 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413 Teléfono: (916) 750-1169 Correo electrónico: IDInquiry@dhcs.ca.gov
Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 Teléfono: (800) 368-1019 TTY/TDD: (800) 537-7697 Correo electrónico: Para violaciones a la privacidad: OCRPrivacy@hhs.gov Para asuntos que no son violaciones a la privacidad: OCRMail@hhs.gov

Para obtener información adicional llame al (800) 368-1019, (800) 537-7697 (TDD) o (415) 437- 8310, (415) 437-8311 (TDD), o envíe un fax a la Oficina de Derechos Civiles de EE. UU. al (202) 619-3818.

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Confirmo que recibí el Aviso de prácticas de privacidad, que explica mis derechos y los límites sobre las formas en las que el condado puede usar o revelar información médica personal para prestar servicios.

Nombre del cliente (en letra de molde)

Firma del cliente

Fecha:

Si firma alguien que no es el cliente, indique la relación.

Nota: los padres deben tener custodia legal. Los tutores legales u procuradores deben mostrar pruebas.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

El cliente recibió el Aviso de prácticas de privacidad, pero no firmó esta confirmación de recibo porque:

- ☐ El cliente abandonó la oficina antes de que se firmara la confirmación.
- ☐ El cliente no quiere firmar este formulario.
- ☐ El cliente no puede firmar este formulario porque: _____

El cliente no recibió el Aviso de prácticas de seguridad porque:

- ☐ El cliente necesitaba tratamiento de emergencia.
 - ☐ El cliente rechazó el aviso y la firma de esta confirmación.
 - ☐ Otro: _____

Nombre: _____
(Nombre en letra de molde del proveedor o representante del proveedor)

Firmado: _____
(Firma del proveedor o representante del proveedor)

45 CFR §164.520 Salvo en una situación de emergencia, ...se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener confirmación de recibo por escrito de este Aviso... y si no se obtuvo, documento... el esfuerzo de buena fe para obtener dicha confirmación y el motivo por el que... no se obtuvo.

RECONOCIMIENTO DE NOPP

Condado de San Bernardino
DEPARTAMENTO DE SALUD CONDUCTUAL

Información confidencial del paciente

Consulte la sección 5328 de WIC

NOMBRE:

EXPEDIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROGRAMA:



LEYENDAS DE IDIOMA

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

Tagalog (Tagalog–Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. [1-888-743-1478] (TTY: [711])번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 [1-888-743-1478] (TTY: [711])。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք [1-888-743-1478] (TTY (հեռատիպ)՝ [711]):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните [1-888-743-1478] (телетайп: [711]).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد (TTY: [711]) فراهم می باشد. [1-888-743-1478]



LEYENDAS DE IDIOMA

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
[1-888-743-1478] (TTY: [711]) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿ ਰੇ, ਤੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧ ਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਹੈ।
[1-888-743-1478] (TTY: [711]) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم [1-888-743-1478] (TTY: [711])
(. رقم هاتف الصم والبكم: [711])

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। [1-888-743-1478] (TTY: [711]) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយមនុស្សធម៌ភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ
គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ [1-888-743-1478] (TTY: [711])។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ [1-888-743-1478] (TTY: [711]).