



THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH BẤT LỢI
Cho Yêu Cầu Điều Trị Của Quý Vị
THÔNG BÁO CHẤM DỨT

Date

Beneficiary's Name

Treating Provider's Name

Address

Address

City, State Zip

City, State Zip

VỀ:

Quý vị hiện đang nhận _____ . Bắt đầu từ _____ chúng tôi
sẽ không còn chấp thuận phương pháp điều trị này nữa. Lý do là:

Quý vị có thể yêu cầu xem xét lại nếu cho rằng quyết định này không đúng. Thông báo “Quyền Của Quý Vị” được đính kèm sẽ hướng dẫn cách thực hiện. Thông báo này cũng nêu bộ phận sẽ hỗ trợ yêu cầu xem xét lại của quý vị, bao gồm cả hỗ trợ pháp lý miễn phí. Quý vị được khuyến khích đính kèm theo bất kỳ thông tin hoặc tài liệu nào có ích cho yêu cầu xem xét lại của mình. Thông báo “Quyền Của Quý Vị” được đính kèm sẽ nêu các mốc thời gian cần phải tuân thủ khi thực hiện yêu cầu xem xét lại.

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí các bản sao của tất cả thông tin được sử dụng để đưa ra quyết định này, bao gồm bản sao của hướng dẫn, thủ tục hoặc tiêu chí mà chúng tôi đã sử dụng để đưa ra quyết định. Để yêu cầu điều này, vui lòng gọi
theo số _____ HOẶC _____.

- Đơn Vị Tiếp Cận DBH (DBH Access Unit) theo số 1 (888) 743-1478
- Dịch Vụ Phục Hồi và Rối Loạn Sử Dụng Chất (Substance Use Disorder and Recovery Services, SUDRS) theo số 1 (800) 968-2636
24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần

Nếu quý vị muốn tiếp tục nhận dịch vụ này trong khi chờ chúng tôi đưa ra quyết định đối với yêu cầu xem xét lại, quý vị phải thực hiện yêu cầu xem xét lại trong vòng mười (10) ngày kể từ ngày ghi trên thư này hoặc trước ngày dừng cung cấp hoặc cắt giảm dịch vụ như đã nêu trong chương trình của quý vị, tất cả được liệt kê ở trên.

Thông báo này không ảnh hưởng đến bất kỳ dịch vụ Medi-Cal nào khác của quý vị.

The Plan có thể giúp quý vị giải đáp mọi thắc mắc về thông báo này. Để được trợ giúp, quý vị có thể gọi Đơn Vị Tiếp Cận DBH 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, theo số 1 (888) 743-1478. Nếu quý vị gặp khó khăn khi nói hoặc nghe, vui lòng gọi đến số TTY/TTD 7-1-1, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần để được trợ giúp.

Nếu quý vị cần thông báo này và/hoặc các tài liệu khác từ *The Plan* bằng hình thức giao tiếp khác như phông chữ lớn, chữ nổi Braille hoặc định dạng điện tử, hoặc nếu quý vị muốn được hỗ trợ đọc tài liệu, vui lòng liên hệ với Đơn Vị Tiếp Cận DBH bằng cách gọi đến 1 (888) 743-1478.

Nếu *The Plan* chưa hài lòng với Chương Trình và/hoặc cần được hỗ trợ thêm, Văn Phòng Thanh Tra Quản Lý Chăm Sóc Sức Khỏe Medi-Cal Của Tiểu Bang có thể giúp quý vị giải đáp mọi thắc mắc. Quý vị có thể gọi từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều theo giờ PST, trừ ngày lễ, theo số 1 (888)452-8609.

Tên Đầy Đủ Người Được Ủy Quyền

Chữ Ký Người Được Ủy Quyền

Kèm theo: ["Quyền Của Quý Vị" \(NOABD\)](#)
[Tiêu Đề Thông Báo Hỗ Trợ Ngôn Ngữ](#)
[Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử Với Người Thu Hưởng](#)



Phụ Lục Về Quyền Lợi Của Khách Hàng (NOABD)

QUYỀN LỢI CỦA NGƯỜI THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH MEDI-CAL

Nếu quý vị muốn nhận thông báo này và/hoặc các tài liệu khác của the Plan ở định dạng khác, chẳng hạn như phong chữ lớn, chữ nổi, bản điện tử, hoặc nếu quý vị cần hỗ trợ trong việc đọc tài liệu, vui lòng liên hệ the San Bernardino County Department of Behavioral Health (DBH, also referred to as the Plan throughout this document) qua số điện thoại 1 (888) 743-1478.

NẾU KHÔNG ĐỒNG TÌNH VỚI QUYẾT ĐỊNH VỀ CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ SỨC KHỎE TÂM THẦN HOẶC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN SỬ DỤNG THUỐC, QUÝ VỊ CÓ THỂ GỬI KHIẾU NẠI. NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI KÈM YOUR PLAN CỦA QUÝ VỊ.

CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Quý vị có **60 ngày** kể từ ngày nhận “Thông báo quyết định bất lợi về phúc lợi” để nộp đơn khiếu nại. **Nếu quý vị hiện đang được điều trị và muốn tiếp tục được điều trị, quý vị phải nộp đơn khiếu nại trong vòng 10 ngày** kể từ ngày ghi trên thư này HOẶC trước ngày chấm dứt dịch vụ theo your Plan. Quý vị phải nêu rõ là muốn được tiếp tục điều trị trong đơn khiếu nại.

Quý vị có thể khiếu nại bằng cách gọi điện hoặc gửi đơn khiếu nại. Nếu quý vị khiếu nại qua điện thoại thì sau đó quý vị cần phải nộp đơn khiếu nại bằng văn bản có chữ ký. The Plan sẽ hỗ trợ miễn phí cho quý vị nếu quý vị cần trợ giúp.

- **Đề khiếu nại qua điện thoại:** Hãy liên hệ the DBH Access Unit, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần qua số điện thoại 1 (888) 743-1478. Hoặc, nếu quý vị có khó khăn về nghe hoặc nói, vui lòng gọi TTY/TTD 7-1-1, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.

- Đề khiếu nại bằng văn bản: Vui lòng điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư cho chương trình phúc lợi của quý vị, rồi gửi đến:

San Bernardino County
Department of Behavioral Health
Attn: Access Unit
303 E. Vanderbilt Way
San Bernardino, CA 92415

Đơn vị cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ có sẵn các mẫu đơn khiếu nại. The DBH Access Unit cũng có thể gửi mẫu đơn cho quý vị.

Quý vị có thể tự nộp đơn khiếu nại. Hoặc quý vị có thể nhờ người thân, bạn bè, người biện hộ, đơn vị cung cấp dịch vụ hoặc luật sư nộp đơn khiếu nại giúp mình. Người nộp đơn giúp quý vị sẽ được gọi là “người đại diện được ủy quyền”. Quý vị có thể gửi mọi thông tin mà quý vị muốn *the plan* xem xét. Đơn khiếu nại của quý vị sẽ được một đơn vị cung cấp dịch vụ khác xem xét thay vì đơn vị cung cấp dịch vụ đưa ra quyết định ban đầu.

Your Plan có 30 ngày để trả lời đơn khiếu nại của quý vị. Khi đó, quý vị sẽ nhận được thư "Thông báo về kết quả khiếu nại". Thư này sẽ thông báo cho quý vị về quyết định của *the Plan*. **Nếu không nhận được thư kèm theo quyết định của *the Plan's* trong vòng 30 ngày, quý vị có thể yêu cầu tổ chức "Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang" và khi đó thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị.** Vui lòng đọc hướng dẫn bên dưới về cách yêu cầu tổ chức Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

KHIẾU NẠI KHẨN CẤP

Nếu quý vị cảm thấy thời gian chờ 30 ngày sẽ gây ảnh hưởng đến sức khỏe của mình thì quý vị có thể yêu cầu được phúc đáp trong vòng 72 giờ. Khi nộp đơn khiếu nại, hãy trình bày lý do vì sao việc chờ đợi lại gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của quý vị. Quý vị cần phải yêu cầu “**khiếu nại khẩn cấp**”.

PHIÊN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG

Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại và nhận được thư “Thông báo về kết quả khiếu nại” cho biết là *your Plan* vẫn không cung cấp dịch vụ, hoặc **quý vị không nhận được thư thông báo về quyết định trong vòng 30 ngày**, quý vị có thể yêu cầu “Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang” và thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị. Quý vị sẽ không phải trả bất kỳ khoản phí nào cho Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang.

Quý vị cần phải gửi yêu cầu về việc tổ chức Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong vòng **120 ngày** kể từ ngày nhận thư "Thông báo về kết quả khiếu nại". Trong tình trạng khẩn cấp y tế công liên quan đến COVID-19, khung thời gian để yêu cầu một buổi Điều Trần Cấp Tiểu Bang đã được gia hạn **thêm 120 ngày**. Nếu quý vị nhận được thư "Thông Báo Về Kết Quả Khiếu Nại" từ ngày 1 tháng 3, 2020, đến khi kết thúc tình trạng khẩn cấp y tế công COVID-19, quý vị phải yêu cầu một buổi Điều Trần Cấp Tiểu Bang trong vòng **240 ngày** kể từ ngày có thư "Thông Báo Về Kết Quả Khiếu Nại". Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang qua điện thoại, hình thức điện tử hoặc bằng văn bản:

- Yêu cầu qua điện thoại: hãy gọi theo số **1 (800) 952-5253**. Nếu quý vị có khó khăn về nghe hoặc nói, vui lòng gọi **TTY/TDD 1 (800) 952-8349**.
- Hình thức điện tử: Quý vị có thể gửi yêu cầu về việc tổ chức Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang qua mạng. Vui lòng truy cập trang web của Sở Dịch Vụ Xã Hội Tiểu Bang California để hoàn thành mẫu đơn điện tử: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- Bằng văn bản: Hãy hoàn thành mẫu đơn yêu cầu tổ chức Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang hoặc gửi thư đến:

**Bộ Phận Điều Trần Cấp Tiểu Bang thuộc
Sở Dịch Vụ Xã Hội Tiểu Bang California
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

Quý vị phải ghi rõ họ tên, địa chỉ, số điện thoại, ngày sinh và lý do quý vị yêu cầu tổ chức Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Nếu người khác giúp quý vị yêu cầu tổ chức Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang thì trong mẫu đơn hoặc thư cần phải bổ sung thêm họ tên, địa chỉ và số điện thoại của người đó. Hãy cho chúng tôi biết ngôn ngữ của quý vị nếu quý vị cần thông dịch viên. Quý vị không phải trả phí cho thông dịch viên. Chúng tôi sẽ bố trí thông dịch viên cho quý vị.

Sau khi quý vị yêu cầu tổ chức Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang, có thể sẽ mất tối đa 90 ngày để đưa ra quyết định và gửi thông báo về cho quý vị. Nếu quý vị cảm thấy thời gian chờ gây ảnh hưởng đến sức khỏe của mình thì quý vị có thể yêu cầu được phúc đáp trong vòng 3 ngày làm việc. Quý vị có thể yêu cầu đơn vị cung cấp dịch vụ *Plan* viết thư giúp hoặc quý vị cũng có thể tự viết thư. Trong thư cần phải giải thích cụ thể vì sao việc chờ đợi trong thời gian 90 ngày có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến cuộc sống, sức khỏe hoặc khả năng duy trì, phục hồi chức năng của quý vị. Sau đó, yêu cầu "**phiên điều trần khẩn cấp**" và gửi kèm thư trong đơn yêu cầu tổ chức phiên điều trần.

Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Quý vị có thể tự trình bày tại Phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang. Ngoài ra, người thân, bạn bè, người biện hộ, đơn vị cung cấp dịch vụ hoặc luật sư cũng có thể đại diện cho quý vị. Nếu muốn người khác đại diện cho mình, quý vị cần phải thông báo với Văn Phòng Điều Trần Cấp Tiểu Bang về việc người đó được phép đại diện cho quý vị. Người này được gọi là “người đại diện được ủy quyền”.

HỖ TRỢ PHÁP LÝ

Quý vị có thể được hỗ trợ pháp lý miễn phí. Quý vị cũng có thể gọi đến chương trình Trợ Giúp Pháp Lý địa phương của quận theo số 1 (888) 804-3536.



THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ VỚI NGƯỜI THỤ HƯỞNG

Hành vi phân biệt đối xử là hành vi vi phạm pháp luật. The San Bernardino County Department of Behavioral Health (DBH, also referred to as the Plan throughout this document) phải tuân thủ luật dân quyền của Liên Bang. DBH không được phân biệt đối xử, loại bỏ hoặc đối xử với thiên vị vì chủng tộc, màu da, quốc tịch, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

DBH cung cấp:

- Hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ
 - Thông tin bằng văn bản dưới nhiều định dạng khác (bản in chữ lớn, file âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho người có ngôn ngữ mẹ đẻ không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - Thông dịch viên có trình độ
 - Thông tin dạng văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên hệ the DBH Access Unit 24 hours a day, 7 days a week qua số điện thoại 1 (888) 743-1478. Trường hợp quý vị gặp khó khăn trong việc nghe hoặc nói, vui lòng gọi đến số 7-1-1.

CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu quý vị cho rằng *DBH* không cung cấp các dịch vụ này hoặc có hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, quốc tịch, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại the *DBH Access Unit*. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại, văn bản, đến gặp trực tiếp hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: *Liên hệ the DBH Access Unit 24 hours a day, 7 days a week qua số điện thoại 1 (888) 743-1478. Trường hợp quý vị gặp khó khăn trong việc nghe hoặc nói, vui lòng gọi TTY/TTD theo số 7-1-1.*

- Bằng văn bản: Vui lòng điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:

*San Bernardino County
Department of Behavioral Health
Attn: Access Unit
303 E. Vanderbilt Way
San Bernardino, CA 92415*

- Đến gặp trực tiếp: Quý vị có thể đến trực tiếp văn phòng hoặc cơ sở y tế của cơ quan cung cấp dịch vụ *DBH* và thông báo với họ về việc quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền công dân đến Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Hãy gọi theo số **1 (800) 368-1019**. Nếu quý vị có khó khăn về nghe hoặc nói, vui lòng gọi **TTY/TDD 1 (800) 537-7697**.

- Bảng văn bản: Hãy điền mẫu đơn khiếu nại hoặc gửi thư đến:

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

Mẫu đơn khiếu nại có tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Hình thức điện tử: Truy cập Cổng Thông Tin Khiếu Nại Của Văn
Phòng Nhân Quyền tại địa chỉ
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



LANGUAGE TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-888-743-1478 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-743-1478 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-743-1478 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-743-1478 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-743-1478 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-888-743-1478 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (TTY: 711) 1-888-743-1478 تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (TTY: 711) 1-888-743-1478 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-743-1478 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-743-1478 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃຫ້ທາງ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ແລະ ຄົນອາການທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃຫ້ທາງ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-743-1478 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-743-1478 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-743-1478 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-743-1478 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-743-1478 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-743-1478 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-743-1478 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-743-1478 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.