

# SHARP Health Plan

## Formulario de inscripción de grupo de empleador en Sharp Direct Advantage® para 2026

Completar este formulario es el primer paso para convertirse en miembro de Sharp Direct Advantage. Puede inscribirse por correo electrónico, por teléfono o en línea. Para obtener ayuda para completar el formulario de inscripción, o para completarlo por teléfono, llámenos al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711). O bien, visite [sharpmedicareadvantage.com/enroll/enroll-online](http://sharpmedicareadvantage.com/enroll/enroll-online) para inscribirse en línea.

Este plan se encuentra habilitado para todos los jubilados de la ciudad de San Diego elegibles para Medicare y está patrocinado por la asociación San Diego Public Employee Benefit Association (SDPEBA). No es necesario ser miembro de SDPEBA para inscribirse en este plan. Comuníquese con Sharp Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (p. ej., braille).

### ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

#### Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de Estados Unidos o tener presencia legal en EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 27 de octubre y el 25 de noviembre de cada año (para la cobertura a partir del 1.º de enero)
- Dentro de los tres meses después de obtener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) si desea más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No le pueden denegar la cobertura por no haberlos completado.

#### Recordatorios:

- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

#### Información importante:

- Esta solicitud de Medicare es solo para cobertura individual. Si tanto usted como su cónyuge o dependiente solicitan cobertura, cada uno deberá completar un formulario de inscripción por separado.
- **Nota:** Si su cónyuge o dependiente no es elegible para Medicare, este deberá completar el formulario de inscripción para personas no elegibles para Medicare o jubilados no elegibles de Medicare. Comuníquese con SDPEBA al 1-888-315-8027 o visite [sdpeba.org](http://sdpeba.org) para descargar el formulario de inscripción.

**¿Qué sucede a continuación?**

Envíe por correo el formulario completo y firmado a la siguiente dirección postal:

Sharp Health Plan Medicare Dept.  
 8520 Tech Way, Suite 201  
 San Diego, CA 92123

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, un representante del plan se comunicará con usted.

**¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?**

Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227, presione 2 para recibir asistencia en español y un representante estará disponible para ayudarlo.

**Personas sin hogar**

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

**Jubilado de la ciudad de San Diego**

¿Es usted el jubilado de la ciudad de San Diego?  Sí  No

Si no lo es, ¿es usted el cónyuge sobreviviente de un jubilado de la ciudad de San Diego?  Sí  No

Apellido del jubilado:

Nombre del jubilado:

Inicial del segundo nombre del jubilado:

¿Es usted elegible para Medicare?

Sí. Si la respuesta es "Sí", complete la solicitud de inscripción de Medicare adjunta.

No. Si la respuesta es "No", complete la solicitud de inscripción de jubilados no elegibles para Medicare (1-888-315-8027/sdpeba.org).

Si la respuesta es "Sí", ¿solicita cobertura para su cónyuge o un dependiente?

Sí. (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación).  No

**Cónyuge o dependiente de jubilado de la ciudad de San Diego**

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

¿Es usted elegible para Medicare?

Sí. Si la respuesta es "Sí", complete una solicitud de inscripción de Medicare adicional.

No. Si la respuesta es "No", complete la solicitud de inscripción de jubilados no elegibles para Medicare (1-888-315-8027/sdpeba.org).

# SHARP Health Plan

## Formulario de inscripción de grupo de empleador en Sharp Direct Advantage® para 2026

<b>Para inscribirse en Sharp Direct Advantage, proporcione la siguiente información:</b>			
Fecha de entrada en vigor de la cobertura: MM/DD/AA (    / 01 /    )			
Nombre del empleador o sindicato: <b>Asociación San Diego Public Employee Benefit Association (SDPEBA)</b>			
<b>Quiero inscribirme en el siguiente plan:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage (HMO) (\$219 por mes) (21955)		Este plan es solo para los jubilados inscritos en Medicare. Si no es elegible para Medicare, comuníquese con SDPEBA al 1-888-315-8027 para solicitar el formulario para personas no elegibles para Medicare o visite <a href="http://sdpeba.org">sdpeba.org</a> para descargarlo.	
Apellido:		Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento: MM/DD/AA /      /	Número de Seguro Social: -      -		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección de residencia permanente (no se permite apartado postal):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	Estado:		Código postal:
Número de teléfono celular: (    )		Número de teléfono particular: (    )	
Otro número de teléfono: (    )		Dirección de correo electrónico:	
<b>Proporcione la información de su seguro de Medicare</b>			
Tome su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección. • Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. - O - • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.		Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____ Número de Medicare: _____ Tiene derecho a: Seguro hospitalario (Parte A): _____ Seguro médico (Parte B): _____	
		Fecha de entrada en vigor _____	

Debe contar con Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

**Lea y responda estas preguntas importantes:**

¿Es usted el jubilado de la ciudad de San Diego?  Sí.  No.

Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de jubilación (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "No", indique el nombre de la persona jubilada: \_\_\_\_\_

¿Solicita cobertura para su cónyuge o dependientes elegibles para Medicare con este plan de empleador o sindicato?

Sí.  No. Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del cónyuge o los dependientes: \_\_\_\_\_

**Si quiere brindar cobertura a un cónyuge o dependiente elegible o no elegible para Medicare, este deberá completar una solicitud de inscripción por separado (de Medicare o no elegible para Medicare).**

¿Trabaja usted o su cónyuge?  Sí  No

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, compensación de los trabajadores, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Sharp Direct Advantage?  Sí.  No.

Si la respuesta es "Sí", indique su otra cobertura y sus números de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ N.º de identificación de esta cobertura: \_\_\_\_\_

¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos?  Sí.  No.

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección de la institución (número y calle): \_\_\_\_\_

Elija un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): ¿Es un paciente actual?:  Sí.  No.

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_ Grupo médico del PCP: \_\_\_\_\_

¿Necesita encontrar un médico? Visite [sharpmedicareadvantage.com/findadoctor](http://sharpmedicareadvantage.com/findadoctor) para usar nuestra herramienta de búsqueda en línea.

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que en el futuro le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Español  Formato accesible (p. ej., braille, letra más grande, CD de audio o CD de datos): \_\_\_\_\_

Comuníquese con Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 si necesita información en un formato accesible o en algún idioma que no se haya mencionado arriba (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, durante todo el año.

Sharp Health Plan es un plan de HMO con un contrato de Medicare. La inscripción a Sharp Health Plan depende de la renovación del contrato. Debe seguir pagando la prima de la Parte B. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Sharp Health Plan ofrece la Evidencia de cobertura, el Formulario y el Directorio de proveedores en línea en [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com). Los miembros pueden solicitar que se les envíe una copia impresa por correo llamando a Servicio al Cliente al número de teléfono que se indica arriba.

**Lea y responda estas preguntas importantes:**

Por lo general, es posible inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual para jubilados de la ciudad de San Diego elegibles para Medicare, que tiene lugar en noviembre de cada año.

Existen excepciones que pueden permitirle la inscripción en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su caso.

Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy jubilado o cónyuge/pareja de hecho/dependiente de un jubilado de la ciudad de San Diego que se inscribe durante la inscripción abierta (desde el 27 de octubre hasta el 25 de noviembre de 2025).
- Soy nuevo en Medicare.
- Dejaré de recibir la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si tiene dudas al respecto, comuníquese con Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Horario de atención: del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico) y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si llama fuera del horario de atención le atenderá nuestro sistema de mensaje de voz y un representante de Atención al Cliente le devolverá la llamada al siguiente día hábil.

**Lea y firme a continuación**

**Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Sharp Direct Advantage es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré la obligación de mantener Medicare Parte A y Parte B. Puedo pertenecer a un plan de Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan anulará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informar al plan sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan tiene una duración de un año completo. Una vez que me inscriba, podré dejar este plan o realizar modificaciones solamente en determinadas épocas del año, cuando haya un período de inscripción (p. ej., período de inscripción anual), o bajo determinadas circunstancias especiales.

Sharp Direct Advantage brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Sharp Direct Advantage brinda servicios, debo notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de Sharp Direct Advantage, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré la Evidencia de cobertura de Sharp Direct Advantage cuando la reciba para entender las reglas que debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que, en general, Medicare no brinda cobertura a sus beneficiarios cuando están fuera del país, salvo determinada cobertura cerca de la frontera de Estados Unidos.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Sharp Direct Advantage, debo obtener toda mi atención de salud de Sharp Direct Advantage, excepto los servicios de emergencia o urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Sharp Direct Advantage y demás servicios incluidos en la Evidencia de cobertura de Sharp Direct Advantage (también conocida como “contrato del miembro” o “contrato del suscriptor”). Sin autorización, **NI MEDICARE NI SHARP DIRECT ADVANTAGE PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, un agente de seguro u otra persona empleada o contratada por Sharp Direct Advantage, es posible que a ellos se les pague según mi inscripción en Sharp Direct Advantage.

**Lea y firme a continuación (continuación)**

La persona abajo firmante acepta expresamente que Sharp Health Plan, sus socios comerciales y otros terceros, incluidos los recaudadores de deudas, le envíen comunicaciones electrónicas periódicas para cualquier fin lícito, incluidos los fines comerciales o de marketing de rutina, a la dirección de correo electrónico o al número de teléfono que la persona proporcione. Las comunicaciones pueden enviarse por mensaje de texto (SMS), correo electrónico, sistemas de marcado telefónico automático (marcador automático), mensaje pregrabado o llamada de operador en vivo. La frecuencia de los mensajes variará. Se aplican tarifas de mensajes y datos. La persona abajo firmante puede optar por no recibir más comunicaciones electrónicas automatizadas en cualquier momento. Para esto, debe enviar un mensaje de texto con la palabra STOP (detener) o llamar al 1-800-827-4277. El hecho de que la persona abajo firmante acepte recibir o no estos mensajes no afectará la atención ni la cobertura de ninguna manera. Visite [www.sharphealthplan.com/terms](http://www.sharphealthplan.com/terms) para conocer todos los Términos de uso.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Sharp Direct Advantage comparta mi información con Medicare y otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención de salud. También acepto que Sharp Direct Advantage divulgue mi información, incluidos datos sobre medicamentos con receta, a Medicare. A su vez, Medicare puede divulgarla con fines de investigación y de otro tipo, de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales. Según mi leal saber y entender, la información que figura en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre según las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si firma una persona autorizada (como se describe arriba), la firma certifica lo siguiente: 1) esta persona está autorizada según las leyes estatales a completar este formulario de inscripción y 2) se pondrá a disposición de Medicare la documentación que certifique esta autorización.

<b>Firma:</b> x	<b>Fecha de hoy:</b>
--------------------	----------------------

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre:	Relación con el afiliado:
Dirección:	Número de teléfono: (     )

**Próximos pasos**

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo. Luego, le enviaremos un correo para avisarle que lo recibimos.
- Le informaremos a Medicare que usted solicitó la cobertura de Sharp Direct Advantage.
- Dentro de los 10 días calendario desde que Medicare confirme la elegibilidad, le informaremos cuándo comienza su cobertura. Luego, le enviaremos la tarjeta de identificación de Sharp Direct Advantage e información para nuevos miembros.

## Aviso de no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Sharp Health Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. También se puede acceder a una copia del Aviso de no discriminación en [sharpmedicareadvantage.com](http://sharpmedicareadvantage.com).

Sharp Health Plan:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos, como intérpretes acreditados en la lengua de señas, a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros.
- Ofrece modificaciones razonables a las personas con discapacidades, y ayuda y servicios auxiliares adecuados, incluidos intérpretes acreditados, para personas con discapacidades, e información en formatos alternativos, como braille o letra grande, sin cargo y de manera oportuna, cuando dichas modificaciones, ayudas y servicios sean necesarios para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación a las personas con discapacidades.
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes acreditados y servicios de asistencia lingüística, que incluyen traducción de documentos electrónicos y escritos, e interpretación oral, sin cargo y de manera oportuna, cuando dichos servicios sean un paso razonable para proporcionar el acceso significativo a una persona con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, comuníquese con Atención al Cliente al 1-800-359-2002 (TTY 711).

Si usted cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles y al coordinador de no discriminación de la sección 1557 usando la siguiente información de contacto:

- Dirección: Sharp Health Plan Compliance Department, Attn: Director of Compliance and Regulatory Affairs Department, 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-800-359-2002 (TTY 711)
- Fax: 1-619-740-8572
- Correo electrónico: [shpcompliance@sharp.com](mailto:shpcompliance@sharp.com)

También puede presentar una queja formal personalmente, por correo postal o por fax, o completar el formulario de queja formal/apelación en línea en el sitio web del plan: [sharphealthplan.com](http://sharphealthplan.com). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a nuestro equipo de Atención al Cliente al 1-800-359-2002. También puede presentar una queja por discriminación si existe una cuestión discriminatoria por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf). También puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

**IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call Sharp Health Plan right away at 1-858-499-8300 or 1-800-359-2002.**

**IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no le es posible, podemos ofrecerle ayuda para que alguien se la lea. Además, usted también puede obtener esta carta en su idioma. Para ayuda gratuita, por favor llame a Sharp Health Plan inmediatamente al 1-858-499-8300 o 1-800-359-2002.**

# Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services (§ 92.11)

## English

ATTENTION: If you speak another language, 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 at 1-855-562-8853 (TTY: 711) or speak to your provider.

## Español

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 1-855-562-8853 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

## 台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-855-562-8853 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。」

## Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyong upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-562-8853 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

## Việt

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 1-855-562-8853 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

## العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-562-8853 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

## 한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-562-8853 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

## 日本語

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)な形式で情報を提供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。1-855-562-8853 (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。

## Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-562-8853 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

## **Français**

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 1-855-562-8853 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

## **РУССКИЙ**

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 1-855-562-8853 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

## **हिंदी**

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। 1-855-562-8853 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

## **ລາວ**

ເຂົາທ່ານ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-562-8853 (TTY: 711) ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

## **Italiano**

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-855-562-8853 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

## **Português do Brasil**

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 1-855-562-8853 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

## **తెలుగు**

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-855-562-8853 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో మాట్లాడండి.