

Gracias por su interés en el Seguro de salud individual de ConnectiCare. Ahora que ha encontrado el plan adecuado para usted, le proporcionaremos información sobre cómo solicitar cobertura:

- Por internet: Visite **www.connecticare.com/solo**, complete una solicitud en línea y haga clic en “Submit” (Enviar) para que se procese.
- Con un agente: Pídale a su agente que le envíe una invitación por correo electrónico con los detalles sobre sus opciones de planes y un enlace que lo dirija a la solicitud en línea.
- Formulario impreso: Si no puede presentar la solicitud en línea, podrá utilizar este formulario impreso, el cual podría tardar hasta 14 días en procesarse. Las solicitudes deben ser enviadas por correo a la siguiente dirección: ConnectiCare, Inc. and Affiliates, ATTN: SOLO Intake, 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT 06034 o envíe un fax al 860-678-5274

Inscripción abierta:

Para 2023, el período de inscripción abierta anual se extenderá desde el 1.º de noviembre de 2022 hasta el 15 de diciembre de 2022, para la cobertura que entra en vigencia el 1.º de enero de 2023.

Período de inscripción especial:

Una persona puede experimentar un evento que reúne los requisitos y que la hará elegible para solicitar cobertura del cuidado de la salud fuera del período de inscripción abierta anual. Si experimentó un evento que reúne los requisitos, puede solicitar cobertura dentro de los 60 días de ocurrido el evento, excepto si está embarazada.

Si solicita un período de inscripción especial por embarazo, debe hacerlo dentro de los 30 días a partir del comienzo del embarazo, según lo certificado por un proveedor de atención médica autorizado que actúe dentro del alcance de la práctica de dicho proveedor.

Divulgación de la comisión de agente:

La prima para todas las pólizas individuales incluye el costo de usar un agente de seguros autorizado para asistir a las personas a seleccionar un plan. Los agentes de seguros reciben el pago de una tarifa mensual por miembro por mes de \$15 hasta un máximo de \$45 por solicitud.

P.O. Box 4058, Farmington, CT 06034-4058 ■ www.connecticare.com ■ 800-723-2986 (Departamento de Ventas)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:		
<input type="checkbox"/> Solicitud nueva <input type="checkbox"/> Evento que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Renovación: N.º de póliza _____ <input type="checkbox"/> Cambio en la renovación del plan <input type="checkbox"/> Agregar dependiente <input type="checkbox"/> Quitar dependiente <input type="checkbox"/> Otro _____		Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa)
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado (unión civil) <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Sociedad doméstica (se requiere declaración jurada)	Dirección de correo electrónico	
Número de teléfono principal <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Número de teléfono secundario <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Dirección residencial (no se aceptará si solo se proporciona el apartado postal [PO Box])		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si difiere de la dirección residencial: se aceptará el apartado postal)		
Ciudad	Estado	Código postal

Enumere todas las solicitudes de cobertura (nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) (Obligatorio para todos los solicitantes)	Género	Número de Seguro Social (Obligatorio para todos los solicitantes)	Proveedor de atención primaria	Paciente existente
Solicitante:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino					
*Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____					
Cónyuge, unión civil, pareja doméstica**:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino					
*Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____					
Dependiente 1:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino					
*Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____					
Dependiente 2:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino					
*Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____					
Dependiente 3:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino					
*Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____					

***Raza/origen étnico (obligatorio):** Esta información está diseñada con el propósito de recopilar datos y no será utilizada para determinar elegibilidad, calificación ni pago de reclamaciones.

****Pareja doméstica:** La declaración jurada o el formulario de sociedad doméstica se debe completar y enviar con la solicitud.

Información de seguro adicional (CAMPOS OBLIGATORIOS)	
¿Esta póliza reemplazará cualquier otra póliza de seguro de salud actualmente activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la otra compañía de seguros _____ Si se trata de ConnectiCare, proporcione el número de póliza: _____	Tipo de cobertura <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Individual
¿Usted o algunos de sus dependientes está inscrito en Medicare o algún programa de Medicare Advantage? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la persona y el tipo de cobertura: _____	

P.O. Box 4058, Farmington, CT 06034-4058 ■ www.connecticare.com ■ 800-723-2986 (Departamento de Ventas)

PARTE RESPONSABLE:					
Nombre	Apellido		Número de Seguro Social	Número de teléfono <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Domicilio		Ciudad	Estado	Cód. postal	Correo electrónico

SECCIÓN DEL AGENTE:	
Nombre del agente	Dirección de correo electrónico:
Nombre del agente (en letra de imprenta)	Firma del agente ▶

ConnectiCare, Inc. y ConnectiCare Insurance Company, Inc. Farmacia está incluida en todas las opciones de planes. Seleccione una opción:

Planes de beneficios POS – Deducible dentro de la red:	Planes de beneficios HMO – Deducible dentro de la red:
<input type="checkbox"/> Choice SOLO POS con coseguro deducible de \$4,000 <input type="checkbox"/> Choice SOLO POS con copago/coseguro deducible de \$4,750, 40% <input type="checkbox"/> Choice SOLO POS con copago/coseguro deducible de \$5,500, 30% <input type="checkbox"/> Choice SOLO POS con copago/coseguro deducible de \$6,000	<input type="checkbox"/> Choice SOLO HMO con copago/coseguro deducible de \$2,500 <input type="checkbox"/> Choice SOLO HMO con copago/coseguro deducible de \$8,000

Planes compatibles con HSA - Deducible dentro de la red:	
<input type="checkbox"/> Choice SOLO POS HSA con coseguro deducible de \$3,500 <input type="checkbox"/> Choice SOLO POS HSA con coseguro deducible de \$6,000 <input type="checkbox"/> Choice SOLO HMO HSA deducible de \$6,500	<p>Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) Una HSA es una cuenta con fondos libres de impuestos que pueden utilizarse para pagar gastos médicos calificados o gastos de farmacia. ConnectiCare se ha asociado con Health Equity para brindar este servicio a nuestros clientes. Los beneficios incluyen una integración completa de la inscripción y el pago de reclamaciones.</p> <p>Confirme si desea abrir una cuenta con Health Equity <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Planes Passage:
<input type="checkbox"/> Passage SOLO HMO con copago/coseguro deducible de \$7,500 Los miembros deben seleccionar un PCP de la red de Passage e incluir el nombre del PCP en la solicitud. Para consultar con un especialista, debe obtener una derivación de su PCP de Passage. Encuentre PCP participantes de la red de Passage con la herramienta "Find Care" (Busque atención) en connecticare.com

<p>Servicios dentales para adultos: <input type="checkbox"/> deducible de \$25, 100%/100%/0%, monto máximo ilimitado, sin ortodoncia</p> <p>Nota: la cobertura dental pediátrica para niños menores de 26 años está incluida en virtud del plan.</p>

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Se debe llenar cuando el solicitante no pueda completar la solicitud.

Yo, _____, leí y completé personalmente la presente solicitud en nombre del solicitante que se menciona a continuación debido a lo siguiente:

el solicitante no sabe leer inglés el solicitante no sabe hablar en inglés el solicitante no sabe escribir en inglés

Otro (explicar): _____

Estoy calificado para traducir el contenido de este formulario y he traducido esta información a: _____

A mi leal saber y entender, he obtenido y listado toda la información proporcionada por el solicitante. También traduje y expliqué en su totalidad las declaraciones anteriores.

Firma del traductor (obligatorio)

Fecha de hoy

TÉRMINOS, CONDICIONES Y CONSENTIMIENTO

Importante: [el solicitante, cónyuge/pareja y todos los dependientes mayores de 18 años deben firmar este formulario]. Al [seleccionar yo (nosotros) aceptamos] firmar aquí, reconozco y acepto que soy residente del estado de Connecticut y que he leído y comprendo la información que aparece en todas las páginas de esta solicitud. También acepto que el consentimiento del miembro que aparece a continuación es válido mientras yo esté inscrito en un plan de salud de ConnectiCare. Certifico que he completado personalmente esta solicitud en mi propio nombre y en nombre de mis dependientes, quienes son menores de 18 años y han sido mencionados en la solicitud. Garantizo que las respuestas y declaraciones que aparecen en el presente son verdaderas, están completas y han sido registradas correctamente, a mi leal saber y entender. Reconozco que he recibido una copia del resumen de la cobertura para el plan que he seleccionado. Reconozco y acepto que estoy autorizado a realizar estas declaraciones en nombre de cualquier dependiente menor de 18 años. Además, comprendo y acepto lo siguiente: (1) esta solicitud no me proporciona una cobertura inmediata; (2) el agente solo está autorizado a presentar esta solicitud; (3) si, a sabiendas, he proporcionado información incorrecta o incompleta en esta solicitud, ConnectiCare podría rescindir cualquier póliza dentro de los 2 años de su emisión. Esto significa que ConnectiCare cancelará la cobertura como si la póliza nunca hubiese existido; y (4) he leído y completado esta solicitud personalmente, entiendo que esta solicitud será parte del contrato entre ConnectiCare y yo y acepto estar sujeto a los términos de dicho contrato. Comprendo que los números de teléfono que he proporcionado en esta solicitud podrían ser utilizados por ConnectiCare o cualquiera de sus partes contratadas para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, la provisión de servicios para mí o mi plan de beneficios de salud o programas relacionados. **ESTE PLAN SE EMITE DE FORMA INDIVIDUAL Y ES REGULADO COMO UN PLAN DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL.**

► _____
Firma del solicitante Fecha

Nombre del padre/madre/tutor legal en letra de imprenta (si corresponde)

► _____
Firma del cónyuge/pareja (si corresponde) Fecha

► _____
Firma del dependiente (18 años o más) Fecha

► _____
Firma del dependiente (18 años o más) Fecha

► _____
Firma del dependiente (18 años o más) Fecha

IMPORTANTE: CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO

En mi nombre y en nombre de mi cónyuge o mis dependientes, por el presente, autorizo a todo médico, hospital, proveedor, aseguradora, ConnectiCare Inc. (CCI) o una afiliada de CCI, o a otra organización o persona que tenga registros, datos o información con respecto a mi historial de salud o seguro médico, o de miembros de mi familia, incluidos, entre otros, información sobre salud mental, abuso de sustancias o alcohol, o afecciones relacionadas con el VIH o SIDA, a transferir dichos registros, datos o información a toda persona o compañía en la medida en que sean requeridos para proporcionar tratamiento, pagar reclamaciones, realizar investigaciones, cumplir con las obligaciones contractuales de CCI y realizar otras operaciones para administrar mi plan de beneficios. Comprendo que el aviso de privacidad de CCI contiene una descripción más completa de los fines para los cuales puede utilizarse o divulgarse información sobre mí y mis dependientes, y que tengo derecho a revisar el aviso de privacidad antes de firmar este consentimiento. Comprendo que CCI puede cambiar dicho aviso en cualquier momento, pero me proporcionará una copia del aviso modificado. Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede utilizar o divulgar la información sobre mí y mi(s) dependiente(s) para lograr los fines de administración del plan, y que CCI no tiene la obligación de aceptar las restricciones solicitadas. Comprendo que esta autorización es válida por el término de mi cobertura y la de mis dependientes según el Plan. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización de divulgación de historiales clínicos en cualquier momento si presento un aviso por escrito ante CCI, siempre que CCI u otros no hayan tomado medidas con base en esta autorización. Entiendo que, si ejerzo ese derecho, es posible que CCI no logre arreglar una reclamación y puede terminar mi póliza de seguro porque mi revocación de la autorización no le permite a CCI pagar reclamaciones, realizar una investigación, cumplir con las obligaciones contractuales de CCI o realizar otras operaciones para administrar mi plan de beneficios. Declaro que conservé una copia de esta autorización.

Comprendo que toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información falsa considerable, o encubre, con el propósito de engañar, información respecto de un hecho importante relacionado, comete un acto de fraude de seguro que se considera un delito punible con sanciones, encarcelamiento y restitución según las leyes aplicables.

Divulgación de cociente de pérdida médica

El cociente de pérdida médica se define como la proporción de las reclamaciones hechas con respecto a la prima devengada en el año calendario anterior para los planes de atención administrada emitidos en Connecticut. Las reclamaciones se limitarán a los gastos médicos para servicios y suministros provistos a las personas inscritas y no incluirán gastos por exceso de pérdidas (“stop loss”), reaseguro, programas educativos para las personas inscritas, u otros programas o características de contención de costos.

El cociente de pérdida médica federal tiene el mismo significado que el que se indica en virtud de y se calcula en conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), PL 111-148, según sus enmiendas ocasionales, y las reglamentaciones adoptadas allí expuestas.

- Cociente de pérdida médica estatal para el año calendario 2021 para ConnectiCare, Inc. (CCI): 83.4 %
- Cociente de pérdida médica federal para el año calendario 2021 para ConnectiCare, Inc. (CCI):
 - Individual 87.0 %
 - Grupo pequeño N/A
 - Grupo grande 86.8 %
- Cociente de pérdida médica estatal para el año calendario 2021 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI): 90.3 %
- Cociente de pérdida médica federal para el año calendario 2021 para ConnectiCare Insurance Company, Inc. (CICI):
 - Individual 73.5 %
 - Grupo pequeño 85.9 %
 - Grupo grande 88.5 %

SOLO PARA USO COMERCIAL:

Fecha de recepción:

Fecha de procesamiento/iniciales:

Fecha de auditoría/iniciales:

Número de cuenta:

Una persona puede experimentar un **evento que reúne los requisitos** y que la hará elegible para solicitar cobertura del cuidado de la salud fuera del período de inscripción abierta. A esto se lo denomina **Período de inscripción especial**. Este testimonio sirve para dar fe de mi elegibilidad para el Período de inscripción especial. Al firmar a continuación, certifico lo siguiente:

A mi leal saber y entender, soy elegible para presentar una solicitud porque he experimentado el evento que reúne los requisitos seleccionado a continuación el ____/____/____:

Mes Día Año

Perdí mi cobertura

Una persona o alguno de los dependientes pierden la cobertura esencial mínima (Minimum Essential Coverage, MEC) que no se debe a la falta de pago de la prima o a haber proporcionado información falsa en una solicitud previa

Perdí mi cobertura para grupos del empleador

Finalización del empleo

Muerte de un empleado cubierto

Elegibilidad del empleado cubierto para Medicare

Reducción de la cantidad de horas

El empleador ya no ofrece cobertura de salud

Gané un dependiente o me convertí en uno

A través del matrimonio

Nacimiento, adopción o puesta en adopción o en custodia

Otras razones

Orden de manutención infantil u otra orden judicial

Divorcio o separación legal

Pérdida del estado de dependiente (el dependiente cumplió 26 años)

Una persona recibe confirmación médica, por escrito, de un embarazo por parte de un proveedor de atención médica autorizado durante los primeros 30 días del comienzo del embarazo

Cambio en la elegibilidad para adelantos de créditos de impuestos por primas o reducciones de costos compartidos

Me mudé al área de servicio de ConnectiCare

Error en la inscripción

El plan u otra compañía de seguro violó una disposición del contrato de mi plan

Fui liberado de una encarcelación (cárcel o penitenciaría)

- Comprendo que debo proporcionar pruebas de mi evento que reúne los requisitos y que la cobertura no entrará en vigencia hasta que ConnectiCare reciba y valide estas pruebas.
- Entiendo y acepto que si, a sabiendas, he proporcionado información incorrecta o incompleta, ConnectiCare podría rescindir mi póliza dentro de los 2 años de su emisión, lo que significa que ConnectiCare cancelará la cobertura como si la póliza nunca hubiese existido.
- Comprendo que cualquier persona o compañía que sufra una pérdida debido a alguna declaración falsa que se encuentre en este testimonio podría presentar acciones civiles en mi contra para recuperar sus pérdidas, incluidos los honorarios de los abogados.
- Comprendo que cualquier acto, práctica u omisión que constituya una declaración fraudulenta o la tergiversación intencional de un hecho significativo en el testimonio o la solicitud se considera un delito punible con sanciones, encarcelamiento y restitución según las leyes aplicables, y podría resultar en el rechazo de los beneficios, la rescisión o la cancelación de mi cobertura.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

ConnectiCare complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ConnectiCare does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ConnectiCare:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, including qualified interpreters and information in alternate formats.
- Provides free language services to people whose primary language is not English, including translated documents and oral interpretation.

If you need these services, contact The Committee for Civil Rights.

If you believe that ConnectiCare has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

The Committee for Civil Rights, ConnectiCare, 175 Scott Swamp Road, Farmington, CT 06032, Phone: 1-800-251-7722, and TTY: 711. You can file a grievance in person or by mail. If you need help filing a grievance, The Committee for Civil Rights is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Continued →

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-251-7722 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-251-7722 (TTY: 711).

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1-800-251-7722 (TTY: 711)。

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-251-7722 (ATS: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-251-7722 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-251-7722 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-251-7722 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-251-7722 (TTY: 711) पर कॉल करें।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-251-7722 (TTY: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-251-7722 (TTY: 711)។

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છે, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-251-7722 (TTY: 711).