

**CONNECTICUT**

**PARA AFILIARSE A CAREPARTNERS DE CONNECTICUT, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

**Marque el plan al cual desea afiliarse:**

Si vive en los condados de Litchfield, Hartford, New Haven, New London, Tolland o Windham:

- |  |         |         |
|--|---------|---------|
| <input type="checkbox"/> CareAdvantage Preferred | \$0.00  | por mes |
| <input type="checkbox"/> CareAdvantage Preferred | \$29.00 | por mes |
| <input type="checkbox"/> CareAdvantage Preferred | \$89.00 | por mes |

|   |  |   |  |                                      |  |   |                |
|---|--|---|--|--------------------------------------|--|---|----------------|
| Apellido:   |  | Nombre:   |  | Inicial del segundo nombre:          |  | <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. |                |
| Fecha de nacimiento:<br>( ____ / ____ / ____ )<br>( M M / D D / A A A A )         |  | Sexo:<br><input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |  | Número de teléfono de casa:<br>(   ) |  | Número de teléfono alternativo:<br>(   )  |                |
| Dirección de correo electrónico:  |  |   |  |                                      |  |   |                |
| Dirección de residencia permanente (no se permite apartado de correos):           |  |   |  | Ciudad:                              |  | Estado:   | Código postal: |
| Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente): |  |   |  |                                      |  |   |                |
| Dirección:  |  |   |  | Ciudad:                              |  | Estado:   | Código postal: |
| Idioma escrito preferido:   |  |   |  | Idioma hablado preferido:            |  |   |                |
| Contacto de emergencia:   |  |   |  | Número de teléfono:<br>(   )         |  | Relación con usted:   |                |

**Proporcione su información del seguro de Medicare**

|   |  |
|---|--|
| <p>Para completar esta sección, tenga a la mano su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.</li> </ul> <p>O BIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o la de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.</li> </ul> | Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):<br>_____      |
|   | Número de Medicare: _____  |
|   | Está autorizado a:                      Fecha de entrada en vigor: |
|   | HOSPITALARIO (Parte A) _____                                       |
|   | MÉDICO (Parte B)                      _____                        |
| Deberá tener Medicare Parte A y Parte B para afiliarse a un plan Medicare Advantage.  |  |

## Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que adeuda una penalidad por afiliación tardía (o si la tiene actualmente), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar mensualmente mediante correo postal o a través de transferencias electrónicas de fondos (EFT por sus siglas en inglés).

Puede pagar su prima mensual del plan, que incluye cualquier penalidad por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude, mediante correo postal o a través de una transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede elegir pagar mensualmente su prima mediante una deducción automática del cheque de prestaciones del Seguro Social o la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB por sus siglas en inglés).

Si se evalúa la posibilidad de un ajuste mensual por ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo informará. Usted deberá pagar esta cantidad adicionalmente a la prima de su plan. Dicha cantidad se le retendrá del cheque de prestaciones del Seguro Social o bien se le facturará directamente a través de Medicare o la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB). NO pague la Parte D-IRMAA de CarePartners de Connecticut.

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir ayuda adicional (Extra Help) con el objeto de pagar sus costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán período sin cobertura ni penalidad por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para la ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, el mismo pagará toda la prima del plan o solo una parte. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubra.

Si no selecciona ninguna opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

### Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura todos los meses
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su banco todos los meses
- Deducción automática del cheque de prestaciones del Seguro Social o la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB)

Recibo prestaciones mensuales del/la:  Seguro Social     RRB

**(La deducción del Seguro Social/la RRB puede tardar dos meses o más en comenzar.** Es posible que haya una demora en la retención de su prima debido al cronograma de procesamiento mensual de la Administración de Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés), dado que la fecha de la retención de la prima no puede ser retroactiva. Si hay una demora, se le facturarán directamente los primeros 1 o 2 meses, hasta que la prima se deduzca del cheque de prestaciones del Seguro Social o la RRB. Usted es responsable de pagar todas las primas que deba hasta que la retención de primas comience. Si no paga la prima correspondiente al o los meses previos al comienzo de la retención, es posible que se cancele su afiliación al plan CarePartners de Connecticut. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud para la deducción automática, le enviaremos una factura impresa en concepto de las primas mensuales).

**Lea y responda estas preguntas importantes:**

1. Elija un médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) contratado por CarePartners de Connecticut:

Sí  No ¿Es un paciente actual?

Sí  No 2. ¿Tiene insuficiencia renal terminal (ESRD por sus siglas en inglés)? Si se le ha realizado un trasplante renal con éxito o ya no necesita someterse a diálisis de manera regular, adjunte una nota o los registros de su médico que lo demuestren; de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

Sí  No 3. Puede que algunas personas tengan otra cobertura de medicamentos, incluso otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, prestaciones para veteranos o programas de ayuda farmacéutica estatales. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de CarePartners de Connecticut?

Si la respuesta es afirmativa, enumere la otra cobertura y el número de identificación (ID por sus siglas en inglés) para esta cobertura:

Nombre de la  
otra cobertura:

N.º de ID de  
dicha cobertura:

N.º de grupo de  
dicha cobertura:

Sí  No 4. ¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, como una residencia geriátrica? Si la respuesta es afirmativa, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

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

Sí  No 5. ¿Está afiliado en su programa estatal de Medicaid? Si la respuesta es afirmativa, proporcione el número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Sí  No 6. ¿Usted o su cónyuge trabajan?

Normalmente, puede afiliarse a un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de afiliación anual, el cual abarca del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que le permitirían afiliarse a un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica, a su leal saber y entender, que es elegible para un período de afiliación. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su afiliación.

Soy nuevo en Medicare.

Estoy afiliado en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage (MA OEP por sus siglas en inglés).

Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_

Fui liberado recientemente de la cárcel. Obtuve mi libertad el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_

Regresé recientemente a los Estados Unidos después de haber vivido de manera permanente en el extranjero. Regresé a los Estados Unidos (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_

Obtuve recientemente mi residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_

- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional (Extra Help), al pagar por la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente obtuve ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí ayuda adicional) el \_\_\_\_\_
- Tengo Medicare y Medicaid (o bien el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtengo ayuda adicional pagando mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno actualmente o me he mudado de uno recientemente (por ejemplo, una residencia geriátrica o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré próximamente/me mudé del centro el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_
- Cancelé recientemente mi afiliación a un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE por sus siglas en inglés) el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de mis medicamentos el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_
- Cancelaré la cobertura con mi empleador o el sindicato el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_
- Cuento con un programa de ayuda farmacéutica provisto por el estado.
- Mi plan cancela el contrato con Medicare o bien Medicare cancela el contrato con mi plan.
- Estaba afiliado en un plan proporcionado por Medicare (o mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi afiliación en ese plan comenzó el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_
- Estaba afiliado a un plan para necesidades especiales (SNP por sus siglas en inglés), pero perdí la calificación que se requiere para contar con dicho plan. Me desafiliaron del SNP el (introduzca la fecha) \_\_\_\_\_
- Resulté afectado por una emergencia relacionada con el tiempo o un desastre mayor según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA por sus siglas en inglés). Una de las otras declaraciones aquí se aplican a mi caso, pero me vi imposibilitado de realizar mi afiliación por causa del desastre natural.
- Otro motivo (describa el período de elección especial) \_\_\_\_\_

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con CarePartners de Connecticut al 1-844-267-2321 (TTY: 711) para ver si es elegible para afiliarse. Estamos abiertos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.). Fuera del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma diferente al inglés o en un formato accesible:

- Español       Letra grande

Comuníquese con CarePartners de Connecticut al 1-844-267-2321 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible u otro idioma diferente al que se indicó anteriormente. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.). Fuera del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.



**Lea esta información importante**

Si actualmente tiene cobertura médica por parte de su empleador o sindicato, la afiliación a CarePartners de Connecticut podría incidir en los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se afilia a CarePartners de Connecticut. Lea las notificaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las notificaciones. Si no hay ninguna información o a quién contactar, su administrador de prestaciones o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

## Lea y firme abajo

Al completar esta solicitud de afiliación, acepto lo siguiente:

CarePartners de Connecticut es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la Parte A y la Parte B de Medicare. Solo puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi afiliación a este plan finalizará automáticamente mi afiliación a cualquier otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Entiendo que si no tengo una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, ni una cobertura de medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), posiblemente deba pagar una penalidad por afiliación tardía si me afilio a una cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro. Por lo general, la afiliación en este plan es por todo el año. Una vez que me afilie, puedo cancelar este plan o hacer cambios únicamente en ciertos momentos durante el año, cuando esté disponible el período de afiliación (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bien, en ciertas circunstancias especiales.

CarePartners de Connecticut opera en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de operaciones de CarePartners de Connecticut, debo informárselo al plan, de modo que pueda cancelar mi afiliación y buscar otro plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de CarePartners de Connecticut, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan con respecto a los pagos o servicios, si no estoy de acuerdo. Cuando la reciba, leeré la Evidencia de cobertura de CarePartners de Connecticut para saber qué reglas debo seguir con el objeto de obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera con los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que la cobertura de CarePartners de Connecticut comience, debo obtener toda mi atención médica de CarePartners de Connecticut, salvo para servicios de atención médica de emergencia o de urgencia o diálisis fuera de área. También estarán cubiertos los servicios autorizados por CarePartners de Connecticut y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de cobertura de CarePartners de Connecticut (también conocido como contrato de afiliación o acuerdo de suscripción). Sin autorización, NI MEDICARE NI CAREPARTNERS DE CONNECTICUT PAGARÁN LOS SERVICIOS.

Entiendo que si recibo asistencia de un representante de ventas, intermediario u otra persona empleada o contratada por CarePartners de Connecticut, es posible que se le pague con base en mi afiliación a CarePartners de Connecticut.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que CarePartners de Connecticut divulgará mi información a Medicare y otros planes, ya que es necesario para tratamientos, pago y operaciones de atención médica. Reconozco además que CarePartners de Connecticut divulgará mi información, incluidos mis datos de eventos de medicamentos con receta, a Medicare, que puede divulgar dicha información de conformidad con todas las leyes y reglamentaciones federales pertinentes. A mi leal saber y entender, la información de este formulario es correcta. Entiendo que si proporciono deliberadamente información falsa en este formulario, se cancelará mi afiliación al plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde resido) en esta solicitud significa que la he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada lo firma (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a realizar esta afiliación, y 2) que la documentación de esta potestad está disponible a solicitud de Medicare.

|        |               |
|--------|---------------|
| Firma: | Fecha de hoy: |
|--------|---------------|

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Para el uso exclusivo del consultorio:

Nombre del miembro del personal, agente, intermediario (si recibió ayuda en la afiliación, escriba en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Número de productor nacional (NPN por sus siglas en inglés) del agente: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción del formulario: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_\_

N.º de ID del plan: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ OEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_ No elegible: \_\_\_\_\_

**CarePartners de Connecticut cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. CarePartners de Connecticut no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.**

### **CarePartners de Connecticut:**

- Provee ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con CarePartners de Connecticut al 1-888-341-1507 (TTY: 711).

Si usted considera que CarePartners de Connecticut no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

### **CarePartners de Connecticut, Attention:**

Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

705 Mount Auburn St.

Watertown, MA 02472

Teléfono: 1-888-341-1507 (TTY: 711)

Fax: 1-617-972-9048

Correo electrónico: [OCRCoordinator@carepartnersct.com](mailto:OCRCoordinator@carepartnersct.com)

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de CarePartners de Connecticut está a la orden.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[carepartnersct.com](http://carepartnersct.com) | 1-888-341-1507 (TTY: 711)

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-341-1507 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**Albanian:** KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**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 1-888-341-1507 (TTY: 711)。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید. 1-888-341-1507 (TTY: 711)

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-341-1507 (TTY : 711).

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Greek:** ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Gujarati:** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Haitian Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-341-1507 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Italian:** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**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。1-888-341-1507 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Khmer (Cambodian):** ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-341-1507 (TTY: 711)

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-341-1507 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Navajo:** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwođęę, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-341-1507 (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-341-1507 (TTY: 711).