

# POLÍTICA

## Política de Facturación y Cobranza del Saldo Responsabilidad del Paciente

**Esta política es aplicable a los siguientes centros de Corewell Health:**

Servicios Compartidos Corporativos de Beaumont, Beaumont Dearborn, Beaumont Farmington Hills, Beaumont Grosse Pointe, Grupo Médico Beaumont, Soluciones de Farmacia Beaumont, Beaumont Royal Oak, Beaumont Taylor, Beaumont Trenton, Beaumont Troy, Beaumont Wayne, Atención de Posagudos (Beaumont) de Corewell Health (órgano corporativo), Big Rapids (Centro Médico del Condado de Mecosta), Atención Continua, Corporación, Gerber Memorial (Asociación del Hospital General del Condado de Newaygo), Ludington (Centro Médico Memorial del Oeste de Michigan), Consultorios Médicos/ Ambulatorios, Pennock (Hospital Pennock), Reed City (Corporación Hospitalaria de Reed City), Hospitales SH GR (Hospitales Spectrum Health), GMSH, Spectrum Health Lakeland (Hospital Watervliet de la Comunidad de Lakeland; Hospitales Lakeland en Niles y St. Joseph Inc.), United/Kelsey (Spectrum Health United; Hospital Kelsey de Spectrum Health), Zeeland (Hospital de la Comunidad de Zeeland)

**Aplicabilidad limitada a:** No es pertinente.

**Referencia nro.:** 13636

**Versión nro.:** 5

**Fecha de entrada en vigencia:** 1 de noviembre de 2022

**Área funcional:** Finanzas, Ciclo de Ingresos

**Área departamental:** Finanzas, Acceso al Paciente, Servicios Financieros al Paciente

---

**Aviso de No Discriminación:** Es la política de Corewell Health y todas sus entidades subsidiarias proporcionar atención médica de calidad a todas las personas. Corewell Health no discriminará por motivos de raza, color, origen nacional, ciudadanía, sexo, religión, edad, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual ni estado civil o situación familiar. La admisión y las decisiones de tratamiento se basarán únicamente en las necesidades médicas del paciente, como en los recursos y las capacidades de la instalación para proporcionar la atención médica y el tratamiento requeridos. La admisión y el tratamiento no serán negados por motivos de etnia, color, género, sexo, raza, origen nacional, religión, discapacidad, edad, situación de VIH, situación militar o de excombatiente, fuente de pago por los servicios o cualquier otro motivo prohibido por la ley federal, estatal o local. Los pacientes serán tratados de manera consistente con su identidad de género. Asimismo, los centros aprobados por el Cuerpo Nacional de Servicios Sanitarios (*National Health Service Corps, NHSC*) y el Programa de Amortización de Préstamos del Estado de Michigan (*Michigan State Loan Repayment Program, MSLRP*) no discriminarán en la prestación de servicios a una persona (ni determinarán su capacidad de acceso a programas) sobre la base de la capacidad de dicha persona de pagar, independientemente de si el pago por esos servicios fuera a realizarse mediante Medicare, Medicaid o CHIP; y no discriminarán por motivos de raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad, orientación sexual o identidad de género de la persona.

## **1. Propósito**

Asegurar un tratamiento justo y equitativo a todos los Pacientes y Garantes con Saldos Responsabilidad del Paciente adeudados a Corewell Health o a cualquiera de sus subsidiarias. A tal efecto, Corewell Health no tomará Medidas Extraordinarias de Cobranza contra el Paciente y/o Garante para obtener pago por atención sin antes realizar Esfuerzos Razonables para determinar si el Paciente y/o Garante cumplen con los requisitos necesarios para recibir ayuda en el marco de la Política de Acceso a Asistencia Financiera (FAP).

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.  
Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

Esta Política tiene como finalidad satisfacer los requerimientos de la Sección 501(r)(6) del Código de Impuestos Internos de 1986 y sus modificaciones, la que impone ciertos requerimientos a los Hospitales en relación con actividades de facturación y cobranza para con los Pacientes que reúnen las condiciones habilitantes para asistencia financiera en el marco de la Política de Asistencia Financiera de los Hospitales.

## 2. Definiciones

- 2.1. Mora – El Saldo Responsabilidad del Paciente que Corewell Health ha intentado cobrar directamente o por medio de un tercero delegado y que no ha sido pagado en su totalidad ni para el cual se ha acordado un plan de pago, después de haber agotado los procesos internos de cobranza por parte de Corewell Health o de un tercero delegado.
- 2.2. Medidas Extraordinarias de Cobranza – Tales medidas incluyen iniciar una demanda judicial, embargar el salario del paciente y sus devoluciones tributarias.
- 2.3. Garante – Una persona que garantiza el pago de los servicios recibidos por un Paciente en Corewell Health.
- 2.4. Paciente – Una persona que recibe servicios en Corewell Health o alguna de sus subsidiarias.
- 2.5. Saldo Responsabilidad del Paciente – Todo saldo adeudado que es responsabilidad del paciente y/o garante. Esto incluye saldos no cubiertos por el seguro, copagos, deducibles, coseguro, servicios no cubiertos y todo saldo adeudado posterior al pago del seguro que se considere responsabilidad del Paciente y/o Garante.

Si el Paciente tiene cobertura de Medicaid y es responsable por servicios no cubiertos (es decir, fármacos autoadministrados, educación para parto), Corewell Health considerará esos cargos para tomar una decisión en cuanto al acceso a asistencia financiera.

- 2.6. Agencia de Cobranza Externa – Una compañía contratada por Corewell Health para efectuar la cobranza de un Saldo Responsabilidad del Paciente que está en situación de Mora. Tal compañía efectúa dichas cobranzas para Corewell Health, pero lo hace bajo su propio nombre, respetando la totalidad de leyes y reglamentos federales, estatales y locales.
- 2.7. Período de Solicitud – El período durante el cual Corewell Health debe aceptar y procesar una Solicitud de Asistencia Financiera (según lo definido en la Política de Asistencia Financiera). El Período de Solicitud comienza en la fecha en que se proporciona la primera factura posterior al alta por la atención, y termina el día número 240 después de dicha fecha. (En ciertas circunstancias, como se describe en esta Política, a Corewell Health se le puede requerir que acepte y procese una Solicitud de Asistencia Financiera después del final del Período de Solicitud).
- 2.8. Política de Asistencia Financiera – La Política de Asistencia Financiera de Corewell Health que cada una de sus subsidiarias ha establecido para identificar y proporcionar asistencia financiera a Pacientes que necesitan ayuda para pagar sus facturas hospitalarias.
- 2.9. Esfuerzos Razonables – Las medidas que Corewell Health debe tomar para determinar si un Paciente y/o Garante cumple con las condiciones necesarias para asistencia financiera en el marco de la Política de Asistencia Financiera, antes de iniciar Acciones Extraordinarias de Cobranza para la obtención del pago por la atención, de acuerdo con las reglamentaciones del Servicio de Impuestos Internos y del Departamento de Hacienda de los Estados Unidos.

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente. Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

### 3. Responsabilidades

La Política de Facturación y Cobranza del Saldo Responsabilidad del Paciente será administrada por personal designado a tal efecto por Corewell Health, de acuerdo a lo estipulado en los procedimientos relevantes.

### 4. Cumplimiento

La violación de esta política por parte de cualquier empleado de Corewell Health podrá estar sujeta a una potencial medida disciplinaria.

### 5. Política

5.1. Corewell Health trabajará conjuntamente con Pacientes y/o Garantes, como también con cualquier tercero autorizado admisible, según sea necesario para determinar y concretar la resolución adecuada de un Saldo Responsabilidad del Paciente. Los Saldos Responsabilidad del Paciente serán resueltos de acuerdo a esta Política.

5.1.1. Pacientes Fallecidos – Para Corewell Health, la empatía para con la familia de un Paciente Fallecido es prioritaria. Corewell Health identificará y resolverá los Saldos Responsabilidad del Paciente según lo delineado en el Procedimiento de Saldos Pendientes Responsabilidad del Paciente en Caso de Fallecimiento del Paciente o Garante. Según lo delineado en este procedimiento, Corewell Health usará registros públicos para: verificar la fecha de la muerte, evaluar posible acceso a asistencia financiera, Medicaid, y eventualmente evaluar la posibilidad de presentar una reclamación contra el patrimonio del fallecido.

5.1.2. Pacientes en Quiebra – Corewell Health cumple con lo establecido por el Código de Quiebras de los Estados Unidos (*United States Bankruptcy Code*). De acuerdo con esto, Corewell Health identificará y resolverá los Saldos Responsabilidad del Paciente en quiebra, según lo delineado en el Procedimiento de Saldo Responsabilidad del Paciente para Pacientes en Quiebra. Las actividades de cobranza y facturación cesarán al momento de la notificación de quiebra para todas las fechas de servicio cubiertas en la declaración de quiebra. Corewell Health y una agencia externa darán seguimiento a los procedimientos de quiebra hasta que la declaración de quiebra sea final o desestimada.

5.1.3. Pacientes que Necesitan Asistencia Financiera – Corewell Health cuenta con opciones de asistencia financiera a disponibilidad de sus Pacientes, ofrecidas con el propósito de resolver Saldos Responsabilidad del Paciente, de acuerdo a la Política de Acceso a Asistencia Financiera. Esta sección especifica las medidas que deben ser tomadas en varias situaciones para que se considere que Corewell Health ha hecho Esfuerzos Razonables para determinar si el Paciente y/o el Garante pueden acceder a asistencia financiera en el marco de la Política de Asistencia Financiera y antes de que Corewell Health inicie Medidas Extraordinarias de Cobranza contra una persona.

5.1.3.1. A los pacientes y/o garantes se les notificará por escrito sobre la Política de Asistencia Financiera, de acuerdo a lo establecido en los procedimientos relevantes. Corewell Health aceptará solicitudes de asistencia financiera en las cuentas durante todos los esfuerzos internos de cobranza y cuando se haga la derivación a una Agencia Externa de Cobranza durante el Período de Solicitud.

5.1.3.1.1. Presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera Completa

- Si un Paciente y/o Garante presenta una solicitud completa de asistencia financiera durante el Período de Solicitud, Corewell Health hará lo siguiente:

- - Suspenderá toda Medida Extraordinaria de Cobranza.
  - Determinará si el Paciente cumple con los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera y notificará al Paciente y/o Garante por escrito sobre tal determinación (indicando, si es pertinente, la asistencia a la que el Paciente podría tener acceso) y el fundamento de dicha determinación.
  - Si se determina que el Paciente cumple con los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera por la atención recibida, Corewell Health hará lo siguiente:
    - Entregará al Paciente y/o Garante una notificación por escrito indicando la responsabilidad financiera del Paciente y/o Garante, de acuerdo a la Política de Asistencia Financiera.

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.  
Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

- Reembolsará al Paciente y/o Garante cualquier monto que hayan pagado por la atención y que exceda el monto que se ha determinado que el Paciente y/o Garante tienen responsabilidad personal de pagar, de acuerdo a lo establecido en la Política de Asistencia Financiera, a menos que dicho monto en exceso fuera menor que \$5 (u otra cantidad publicada en el Boletín de Impuestos Internos de los Estados Unidos).
- Llevará a cabo todas las acciones razonablemente disponibles para revertir cualquier medida extraordinaria de cobranza que se hubiera adoptado contra el Paciente y/o Garante a fin de obtener el pago por la atención.

#### 5.1.3.1.2. Presentación de Solicitud Incompleta de Asistencia Financiera.

- Si un Paciente y/o Garante presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera durante el Período de Solicitud, Corewell Health hará lo siguiente:
  - Suspenderá toda Medida Extraordinaria de Cobranza para obtener pago por la atención.
  - Entregará al Paciente y/o Garante una notificación por escrito describiendo la información adicional y/o la documentación requerida(s) de acuerdo a la Política de Asistencia Financiera o el formulario de solicitud de asistencia financiera que debe ser presentado para completar la solicitud y señalando que dicha información y/o documentación deben ser recibidas dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de la notificación por escrito, o la solicitud será rechazada y la actividad de cobranza continuará su curso.
    - Esta notificación incluirá la información de contacto de Corewell Health.
  - Si subsecuentemente se recibe información y/o documentación adicional y la cuenta está dentro del Período de Solicitud, la cuenta nuevamente será considerada para asistencia financiera y la actividad de cobranza será suspendida hasta tal determinación.

#### 5.1.3.1.3. No Presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera.

- Cuando no se presenta una solicitud de asistencia financiera durante el Período de Solicitud, Corewell Health puede iniciar Medidas Extraordinarias de Cobranza con el propósito de obtener pago por la atención, luego de haber notificado al Paciente y/o Garante sobre la Política de Asistencia Financiera como aquí se describe.

5.1.4. Ajuste para Pacientes No Asegurados – No obstante cualquier disposición contraria en esta política, por los servicios de hospital proporcionados a Pacientes no asegurados cuyo ingreso anual sea menor o igual que el 250% de las Pautas Federales de Pobreza (*Federal Poverty Guidelines, FPG*) y quienes por lo demás no cumplan con los requisitos de la Política de Asistencia Financiera, Corewell Health ajustará los cargos asociados a tales servicios a no más de un 115% de las tasas de Medicare para los mismos (o similares) servicios. El pago de los montos ajustados se considerará como pago total por los servicios.

- 5.1.5. Opciones de pago – Corewell Health definirá y ofrecerá opciones de pago disponibles para el Paciente y/o Garante con un Saldo Responsabilidad del Paciente para permitir al Paciente y/o Garante resolver sus saldos según lo establecido en el Procedimiento de Opciones de Pago de Saldo Responsabilidad del Paciente. Pago total en efectivo, cheque, giro postal/bancario o tarjeta de crédito. Otras opciones de pago incluyen planes de pago extendido internos y externos.
  
- 5.1.6. Cobranzas – Si un Saldo Responsabilidad del Paciente permanece impago después de haberse agotado todas las opciones detalladas anteriormente en 5.1.3.- 5.1.5, Corewell Health podrá entonces derivar el Saldo Responsabilidad del Paciente a una Agencia de Cobranza Externa, de acuerdo a lo delineado por el Procedimiento de Facturación y Cobranza del Saldo Responsabilidad del Paciente. Un mínimo de cuatro (4) facturas habrán sido enviadas al Paciente y/o Garante, dentro de un mínimo de 120 días, antes de la derivación.

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.  
Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

- 5.1.6.1. Corewell Health no autorizará Medidas Extraordinarias de Cobranza dentro de los primeros treinta (30) días de la derivación a una Agencia de Cobranza Externa.
- 5.1.6.2. Corewell Health no adoptará medidas extraordinarias de cobranza contra el Paciente y/o Garante sin antes hacer Esfuerzos Razonables para determinar si tal Paciente reúne las condiciones necesarias, en el marco de la Política de Asistencia Financiera. Específicamente, si Corewell Health tiene la intención de tomar Medidas Extraordinarias de Cobranza, debe ocurrir lo siguiente por lo menos treinta (30) días antes de iniciar una o más de dichas medidas:
  - Corewell Health notificará al Paciente y/o Garante por escrito que existe asistencia financiera disponible para personas que reúnan las condiciones necesarias e identificará las Medidas Extraordinarias de Cobranza que Corewell Health (o su Agencia de Cobranza Externa) tiene la intención de iniciar a fin de obtener el pago.
  - Corewell Health hará un Esfuerzo Razonable para notificar verbalmente al paciente acerca de la Política de Acceso a Asistencia Financiera, y cómo el Paciente y/o Garante pueden obtener ayuda con el proceso de solicitud.

5.1.7. Correspondencia devuelta – La correspondencia devuelta es procesada usando la base de datos del Servicio Postal de los Estados Unidos y se hacen las correcciones pertinentes. Es la responsabilidad del Garante proporcionar un domicilio postal vigente al momento del servicio o al mudarse. Si la cuenta no tiene un domicilio válido, Corewell Health considerará que los Esfuerzos Razonables fueron completados.

## 6. Autoridad final

La autoridad final para determinar que Corewell Health ha realizado esfuerzos razonables para determinar si un Paciente reúne o no las condiciones necesarias para recibir asistencia en el marco de la Política de Asistencia Financiera y, por consiguiente, tomar Medidas Extraordinarias de Cobranza contra el Paciente y/o Garante la tiene el vicepresidente sénior de Ciclo de Ingresos o su designado.

## 7. Actualizaciones

Corewell Health se reserva el derecho de alterar, enmendar, modificar o eliminar esta política en cualquier momento, sin previo aviso por escrito.

## 8. Referencias

[Financial Assistance Eligibility Policy](#)  
[Patient Responsible Balance Deceased Patient or Guarantor Procedure](#)  
[Patient Responsible Balance Bankruptcy Patient Procedure](#)  
[PFS - Patient Responsible Balance Payment Options Procedure](#)

## 9. Desarrollo y aprobación de la política

### Documento propiedad de:

Paula Cersosimo (Asistente Administrativa)

### Escrita por:

Crystal Lang (Jefa de Departamento, Servicios Financieros al Paciente)

### Revisada por:

Amy Assenmacher (VPS, Finanzas, Ciclo de Ingresos), Courtney Guernsey (VP, Servicios Financieros al Paciente), Matthew Cox (VPS, Director General de Finanzas), Sarah Clark (VP, Registro/Ases. Financiero), Steffany Dunker (Asesora Legal a Cargo)

### Aprobada por:

Christina Freese Decker (Presidente & Directora General Ejecutiva)

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.

Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

## Anexo A

### **Aviso de No Discriminación:**

Es la política de Corewell Health y todas sus entidades subsidiarias proporcionar atención médica de calidad a todas las personas. La admisión y las decisiones de tratamiento se realizarán únicamente sobre la base de las necesidades médicas del paciente y los recursos y capacidades de la instalación para proporcionar la atención y el tratamiento médicos requeridos. La admisión y el tratamiento no serán negados por motivos de etnia, color, género, sexo, raza, origen nacional, religión, discapacidad, edad, situación de VIH, situación militar o de excombatiente, fuente de pago por los servicios o cualquier otro motivo prohibido por la ley federal, estatal o local. Los pacientes serán tratados de manera consistente con su identidad de género. Los centros aprobados por el Cuerpo Nacional Estadounidense de Servicios Sanitarios (*National Health Service Corps, NHSC*) deben estar de acuerdo en que no discriminarán en la prestación de servicios a una persona sobre la base de: la capacidad de dicha persona de pagar, independientemente de si el pago por esos servicios fuera a realizarse mediante Medicare, Medicaid o CHIP; y no discriminarán por motivos de raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad, orientación sexual o identidad de género de dicha persona. Encuentre más detalles en la política [Patient Rights and Responsibilities](#).

### Corewell Health:

- Proporciona de forma gratuita medidas de ayuda a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes cualificados para comunicación en lenguaje por señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona de forma gratuita servicios de traducción e interpretación a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes cualificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, póngase en contacto con los Servicios de Traducción e Interpretación de Corewell Health, llamando a: 616.267.9701 o 1.844.359.1607 (TTY:711).

Si usted considera que Corewell Health no ha cumplido con proporcionar estos servicios o que ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

- Para (anteriormente) Beaumont Health:  
*Patient Experience Department*  
26901 Beaumont Blvd  
Southfield, MI 48033  
947-522-1472  
[Pfcc@beaumont.org](mailto:Pfcc@beaumont.org)
- Para (anteriormente) Spectrum Health Lakeland y (anteriormente) Spectrum Health West Michigan:  
*Director, Patient Experience*  
100 Michigan St NE, MC 006  
Grand Rapids, MI 49503  
616-391-2624; sin cargo 1-855-613-2262  
[patient.relations@spectrumhealth.org](mailto:patient.relations@spectrumhealth.org)

Usted puede presentar su queja en persona o por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, la Dirección de Experiencia del Paciente está a su disposición. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente 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:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

Las entidades consultarán la documentación asociada contenida en este documento según sea pertinente.  
Las copias impresas de este documento pueden estar desactualizadas y deben ser consideradas no controladas.

**Contáctenos****Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**(Arabic) العربية**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**中文 (Chinese): 國語/普通話 (Mandarin), 粵語 (Cantonese)**

請注意：如果您講中文，您可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打1-844-359-1607 (TTY 手語翻譯：711)

**Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**Ako govornite srpsko (Serbian, Croatian or Bosnian)**

OBAVJEŠTENJE: Ako govornite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711). (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

**አማርኛ (Amharic)**

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ማከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-359-1607. (መስማት ለተሳናቸው: (TTY: 711).

**नेपाली (Nepali)**

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-359-1607 (टिटिवाइ: (TTY: 711).

**Thuɔŋjaŋ (Nilotic – Dinka)**

PID KENE: Na ye jam në Thuɔŋjaŋ, ke kuɔny yenë koc waar thook atö kuka lëu yök abac ke cïn wënh cuatë piny. Yuɔpë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**Kiswahili (Swahili)**

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**(Farsi) فارسی**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.844.359.1607 (TTY: 711).

**Français (French)**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.844-359-1607 (TTY : 711).

**မြန်မာ (Burmese)**

သတိပြုရန်- သင် မြန်မာစကားပြောဆိုပါက ဘာသာစကား အကူအညီဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-844-359-1607, (TTY: 711) ကို ခေါ်ဆိုပါ။

**فارسی دری (Dari)**

توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در دسترس است. تماس با  
1-844-359-1607 (TTY: 711).

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)**

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou.  
Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**Ikinyarwanda (Kinyarwanda)**

ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi,  
urazihabwa, ku buntu. Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI  
BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA -TTY: 711).

**Soomaali (Somali)**

DIGTOONI: Haddii aad hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad  
heli kartaa. Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

**اللهجة السودانية (Sudanese)**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللهجة السودانية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم 1-844-359-1607 (رقم الصم  
والبكم: 711).

**தமிழ் (Tamil)**

கவனம்: நீங்கள் தமிழ் பேசினால், உங்களுக்கு இலவசமான மொழி உதவிச் சேவைகள்  
கிடைக்கின்றன. இந்த எண்ணை அழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**ትግርኛ (Tigrinya)**

ትኹረት: ትግርኛ እንደቲር ትዛረብ ኮንካ፣ ናይ ቋንቋ ደገፍ ኣልግሎታት፣ ብናጻ ክቕርቡልካ እዮም። ደውል 1.844-359-  
1607 (TTY: 711)።