



**Thông Báo Về Quyết Định Hạn Chế, Từ Chối, Trì Hoãn Dịch Vụ (NOABD)  
Về yêu cầu điều trị của bạn**

[Date]

[Beneficiary's Name]  
[Address]  
[City, State Zip]

[Treating Provider's Name]  
[Address]  
[City, State Zip]

V/v: [Service requested]

[Name of requesting provider] đã yêu cầu Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD) phê duyệt việc thanh toán cho dịch vụ sau đây mà bạn đã nhận rồi: [Service requested]. Quận đã từ chối yêu cầu thanh toán của nhà cung cấp của bạn. Lý do bị từ chối là vì [Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity].

**Xin lưu ý: Đây không phải là hóa đơn cho dịch vụ. Bạn không bắt buộc phải thanh toán cho dịch vụ mà bạn đã nhận rồi.**

Bạn có thể kháng cáo quyết định này nếu bạn cho rằng nó không đúng. Thông báo “Các quyền của bạn” đính kèm hướng dẫn bạn làm như thế nào. Nó cũng cho bạn biết nơi bạn có thể nhận tư vấn pháp lý miễn phí về kháng cáo của mình. Bạn được khuyến khích gửi cùng với kháng cáo bất kỳ thông tin hoặc tài liệu nào có thể giúp ích cho kháng cáo của mình. Thông báo “Các quyền của bạn” đính kèm cũng cung cấp các mốc thời gian bạn phải tuân theo khi đang kháng cáo.

Bạn có thể yêu cầu bản sao miễn phí của tất cả thông tin chúng tôi sử dụng để đưa ra quyết định này, bao gồm bản sao của các hướng dẫn, giao thức, tiêu chí. Để yêu cầu thông tin này, vui lòng gọi cho Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD) theo số 1-800-704-0900.

Quận có thể giúp bạn với bất kỳ câu hỏi nào bạn có về thông báo này. Để được trợ giúp, bạn vui lòng gọi cho Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD) 24 Giờ theo số 1-800-704-0900. Nếu bạn khó nói hoặc khó nghe, vui lòng gọi TTY 800-855-7100 hoặc **TDD** 711 để được trợ giúp 24 giờ/ngày.



Nếu bạn cần có thông báo này và/hoặc các tài liệu khác từ Quận bằng định dạng văn bản thay thế như chữ lớn, chữ nổi, điện tử, hoặc nếu bạn cần được trợ giúp đọc tài liệu, vui lòng liên hệ với Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD) theo số 1-800-704-0900.

Nếu bạn không cảm thấy hài lòng với dịch vụ của Quận và/hoặc bạn cần được trợ giúp thêm nữa, Văn Phòng Điều Tra Khiếu Nại của dịch vụ Chăm Sóc Được Quản Lý Medi-Cal cấp tiểu bang có thể giúp bạn giải quyết mọi thắc mắc. Bạn có thể gọi cho họ từ ngày thứ Hai đến thứ Sáu, 8h sáng đến 5h chiều Giờ Chuẩn Thái Bình Dương (PST), trừ các ngày lễ, theo số 1-888-452-8609.

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

[Signature Block]

**QIC or CSC Name, Credential**

County of Santa Clara – Behavioral Health Services Department  
P.O. Box 28504  
San Jose, CA 95159

Đính kèm: “Các quyền của bạn”  
Thông báo không phân biệt đối xử đối với người thụ hưởng  
Hỗ trợ về ngôn ngữ

[Enclose notice with each letter]



## Thông Báo Về Quyết Định Hạn Chế, Từ Chối, Trì Hoãn Dịch Vụ (NOABD)

### Các quyền của bạn dưới Medi-Cal

Nếu bạn cần có thông báo này và/hoặc các tài liệu khác từ Quận bằng định dạng văn bản thay thế như chữ lớn, chữ nổi, điện tử, hoặc nếu bạn cần được trợ giúp đọc tài liệu, vui lòng liên hệ với Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD) theo số 1-800-704-0900.

**Nếu bạn không đồng ý với quyết định đưa ra cho việc điều trị rối loạn về sức khỏe tinh thần hoặc sử dụng chất gây nghiện của mình, thì bạn có thể nộp đơn kháng cáo. Đơn kháng cáo này được nộp cho quận của bạn.**

### **Cách nộp đơn kháng cáo**

Bạn có **60 ngày** kể từ ngày được ghi trên thư "Thông Báo Về Quyết Định Hạn Chế, Từ Chối, Trì Hoãn Dịch Vụ (NOABD)" này để nộp đơn kháng cáo. **Nếu bạn hiện đang được điều trị và bạn muốn tiếp tục được điều trị, thì bạn phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 10 ngày** kể từ ngày được ghi trên thư này HOẶC trước ngày Quận của bạn cho biết các dịch vụ sẽ ngừng. Khi nộp đơn kháng cáo bạn phải nói rằng bạn muốn tiếp tục được điều trị.

Bạn có thể nộp đơn kháng cáo qua điện thoại hoặc bằng văn bản. Nếu bạn nộp đơn kháng cáo qua điện thoại, thì sau đó bạn cũng phải nộp đơn kháng cáo bằng văn bản có chữ ký. Quận sẽ cung cấp cho bạn sự hỗ trợ miễn phí nếu bạn cần.

- Điện thoại: Liên hệ với Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD) 24 Giờ theo số 1-800-704-0900. Nếu bạn khó nói hoặc khó nghe, vui lòng gọi 800-855-7100 hoặc 711.
- Văn bản: Điền vào mẫu đơn hoặc viết thư cho Quận của bạn và gửi đến:

County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD)  
P.O. Box 28504  
San Jose, CA 95159

Nhà cung cấp của bạn sẽ có sẵn mẫu đơn kháng cáo. Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD) cũng có thể gửi mẫu đơn cho bạn.



Bạn có thể tự nộp đơn kháng cáo hoặc một người khác như họ hàng, bạn bè, nhà ủng hộ, nhà cung cấp, luật sư có thể nộp đơn kháng cáo thay bạn. Người này được gọi là “đại diện được ủy quyền.” Bạn có thể gửi bất kỳ thông tin nào mà bạn muốn Quận của mình xem xét. Kháng cáo của bạn sẽ được xem xét bởi một nhà cung cấp khác với người đưa ra quyết định ban đầu.

Quận của bạn có 30 ngày để đưa ra câu trả lời cho bạn. Khi đó, bạn sẽ nhận được thư Thông Báo Giải Quyết Kháng Cáo (Notice of Appeal Resolution). Bức thư này sẽ cho bạn biết quyết định của Quận. **Nếu bạn không nhận được thư thông báo quyết định của Quận trong vòng 30 ngày, bạn có thể yêu cầu một Điều Trần Tiểu Bang (State Hearing) và một thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của bạn.** Vui lòng đọc phần dưới đây để được hướng dẫn về cách yêu cầu một Điều Trần Tiểu Bang.

### **Kháng cáo cấp tốc**

Nếu bạn nghĩ rằng chờ đợi 30 ngày sẽ làm hại sức khỏe của mình, thì có khả năng bạn có thể nhận được câu trả lời trong vòng 72 giờ. Khi nộp đơn kháng cáo, hãy nói lý do tại sao việc chờ đợi sẽ làm hại sức khỏe của mình. Trong trường hợp này, bạn phải yêu cầu một **Kháng Cáo Cấp Tốc (Expedited Appeal)**.

### **Điều trần tiểu bang**

Nếu bạn đã nộp đơn kháng cáo và nhận được thư Thông Báo Giải Quyết Kháng Cáo cho bạn biết rằng Quận của bạn vẫn sẽ không cung cấp dịch vụ, hoặc **bạn vẫn chưa nhận được thư thông báo quyết định và đã quá 30 ngày**, thì bạn có thể yêu cầu một Điều Trần Tiểu Bang và một thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của bạn. Bạn sẽ không phải trả phí cho một Điều Trần Tiểu Bang.

Bạn phải yêu cầu một Điều Trần Tiểu Bang trong vòng **120 ngày** kể từ ngày được ghi trên thư Thông Báo Giải Quyết Kháng Cáo. Bạn có thể yêu cầu một Điều Trần Tiểu Bang bằng điện thoại, điện tử, văn bản:

- **Điện thoại:** Vui lòng gọi **1-800-952-5253**. Nếu bạn khó nói hoặc khó nghe, vui lòng gọi **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Điện tử:** Bạn có thể yêu cầu một Điều Trần Tiểu Bang trực tuyến. Vui lòng truy cập trang web của Sở Dịch Vụ Công Tác Xã Hội California để điền vào mẫu đơn điện tử: [Yêu cầu điều trần](#)



- Văn bản: Điền vào mẫu đơn Điều Trần Tiểu Bang hoặc viết thư và gửi đến:

**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Phải bao gồm họ tên, địa chỉ, số điện thoại, ngày sinh và lý do bạn muốn có Điều Trần Tiểu Bang. Nếu người khác đang giúp bạn yêu cầu một Điều Trần Tiểu Bang, thì viết thêm họ tên, địa chỉ và số điện thoại của họ vào mẫu đơn hoặc bức thư. Nếu bạn cần thông dịch viên, thì cho chúng tôi biết bạn nói ngôn ngữ gì. Bạn sẽ không phải trả phí cho một thông dịch viên. Chúng tôi sẽ sắp xếp cho bạn.

Khi một Điều Trần Tiểu Bang được yêu cầu, có thể mất tới 90 ngày để quyết định trường hợp và gửi câu trả lời. Cho nên, nếu bạn nghĩ rằng chờ đợi lâu như vậy sẽ làm hại sức khỏe của mình, thì có khả năng bạn có thể nhận được câu trả lời trong vòng 3 ngày làm việc. Bạn có thể yêu cầu nhà cung cấp hoặc Quận của bạn viết thư thay bạn, hoặc bạn có thể tự viết thư. Trong bức thư, thứ nhất là giải thích chi tiết việc chờ đợi tới 90 ngày cho trường hợp của bạn được quyết định sẽ làm hại nghiêm trọng tính mạng, sức khỏe, hoặc khả năng đạt được, duy trì, lấy lại chức năng tối đa của bạn; thứ hai là yêu cầu một **Điều Trần Cấp Tốc (Expedited Hearing)**, rồi gửi thư này cùng với yêu cầu Điều Trần Tiểu Bang của bạn.

### **Đại diện được uỷ quyền**

Bạn có thể tự phát biểu tại Điều Trần Tiểu Bang hoặc một người khác như họ hàng, bạn bè, nhà ủng hộ, nhà cung cấp, luật sư có thể phát biểu thay bạn. Nếu bạn muốn một người khác phát biểu thay bạn, thì bạn phải thông báo cho Văn Phòng Điều Trần Tiểu Bang rằng người đó được phép phát biểu thay bạn. Người này được gọi là “đại diện được uỷ quyền.”

### **Tư vấn pháp lý**

Có khả năng bạn có thể nhận tư vấn pháp lý miễn phí. Bạn cũng có thể gọi cho chương trình Trợ Giúp Pháp Lý (Legal Aid) địa phương tại quận của bạn theo số 1-888-804-3536.



## **Thông báo không phân biệt đối xử**

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. *Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD)* tuân theo các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang. *Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD)* không phân biệt đối xử, loại trừ, đối xử khác biệt với người nào vì giới tính, chủng tộc, dân tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật tinh thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, bản dạng giới, khuynh hướng tình dục.

*Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD)* cung cấp:

- Dịch vụ hỗ trợ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, chẳng hạn như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ tiêu chuẩn
  - Văn bản bằng nhiều định dạng khác nhau (chữ lớn, chữ nổi, âm thanh hoặc điện tử để truy cập)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người nói tiếng mẹ đẻ không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
  - Thông dịch viên đủ tiêu chuẩn
  - Thông tin được viết bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau

Nếu bạn cần những dịch vụ này, vui lòng liên hệ với *Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD)* 24 Giờ theo số 1-800-704-0900. Nếu bạn khó nói hoặc khó nghe, vui lòng gọi 800-855-7100 hoặc 711. Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho bạn bằng định dạng chữ nổi, chữ lớn, âm thanh hoặc điện tử để truy cập.

## **Cách nộp đơn khiếu nại**

Nếu bạn tin rằng *Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD)* đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử một cách bất hợp pháp vì giới tính, chủng tộc, dân tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật tinh thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, bản dạng giới, khuynh hướng tình dục, thì bạn có thể nộp đơn khiếu nại cho *[Partner Entity's Civil Rights Coordinator]*. Bạn có thể nộp đơn khiếu nại bằng điện thoại, văn bản, trực tiếp, điện tử:



- **Điện thoại:** Liên hệ với *[Partner Entity's Civil Rights Coordinator]* giữa *[hours of operation]* theo số *[telephone number]*. Nếu bạn khó nói hoặc khó nghe, vui lòng gọi **[TTY/TDD number]**.
- **Văn bản:** Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:

*[Partner Entity's Civil Rights Coordinator, address]*

- **Trực tiếp:** Đến văn phòng bác sĩ của bạn hoặc *Sở Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi của Quận Santa Clara (CSC-BHSD)* và nói rằng bạn muốn nộp đơn khiếu nại.
- **Điện tử:** Truy cập trang web của *[Partner Entity]* tại *[weblink]*.

---

### **Văn Phòng Dân Quyền – Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California**

Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền cho Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California, Văn Phòng Dân Quyền bằng điện thoại, văn bản, điện tử:

- **Điện thoại:** Vui lòng gọi **916-440-7370**. Nếu bạn khó nói hoặc khó nghe, vui lòng gọi **711 (số Relay của Tiểu Bang California)**.
- **Văn bản:** Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:

**Department of Health Care  
Services Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413**

Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại:

<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

- **Điện tử:** Gửi email đến [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

### **Văn Phòng Dân Quyền – Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ**



Nếu bạn tin rằng bạn đã bị phân biệt đối xử vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật, giới tính, thì bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền cho Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền bằng điện thoại, văn bản, điện tử:

- Điện thoại: Vui lòng gọi **1-800-368-1019**. Nếu bạn khó nói hoặc khó nghe, vui lòng gọi **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Văn bản: Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:

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

- Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Điện tử: Truy cập Cổng Thông Tin Khiếu Nại của Văn Phòng Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>





## Hỗ trợ về ngôn ngữ

### English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]). These services are free of charge.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711])។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពផ្គុំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711])។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711])。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711])。这些服务都是免费的。

### مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.



**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

**한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແຫກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕເລິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo waaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.



### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). ਆਪਣੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-704-0900 (линия ТТУ: 1-800-855-7100 or 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-704-0900 (линия ТТУ: 1-800-855-7100 or 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **ແທັກໂລນ໌ພາສາໄທຍ (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) นอกจากนี้  
ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Ці послуги безкоштовні.



**Đoạn bằng tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.