



اطلاعیه تعیین مزایای مغایر

درباره درخواست درمان شما

[Date]

[Beneficiary's Name]

[Address]

[City, State Zip]

[Treating Provider's Name]

[Address]

[City, State Zip]

موضوع: [Service requested]

شما در حال حاضر [Service to be terminated] را دریافت می‌کنید. از تاریخ [termination date]، ما دیگر این درمان را تأیید نمی‌کنیم. شرح دلیل [Using plain language, insert]: 1. A clear and concise description of the criteria or guidelines .explanation of the reasons for the decision; 2 used, including a citation to the specific regulations and County authorization The clinical reasons for the decision .procedures that support the action; and 3 [regarding medical necessity].

در صورتی که فکر می‌کنید این تصمیم نادرست است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. اطلاعیه پیوست تحت عنوان «حقوق شما» روش انجام این کار را به شما می‌گوید. این اطلاعیه همچنین به شما می‌گوید از کجا می‌توانید در رابطه با درخواست تجدیدنظر خود کمک دریافت کنید. این به معنی کمک حقوقی رایگان نیز هست. از شما خواهشمندیم درخواست تجدیدنظر خود را با هر گونه اطلاعات یا اسنادی که بتوانند به تجدیدنظر شما کمک کند، ارسال کنید. اطلاعیه پیوست تحت عنوان «حقوق شما» مهلت‌های زمانی را که باید هنگام درخواست تجدیدنظر رعایت کنید، به شما می‌گوید.

شما می‌توانید نسخه رایگان تمامی اطلاعات مورد استفاده برای گرفتن این تصمیم را درخواست کنید. این اطلاعات شامل یک نسخه از دستورالعمل، پروتکل یا معیارهایی می‌شود که برای تصمیم‌گیری استفاده کردیم. برای درخواست این اطلاعات، لطفاً با County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD) به شماره 1-800-704-0900 تماس بگیرید.

اگر می‌خواهید زمانی که در مورد درخواست تجدیدنظر شما تصمیم می‌گیریم همچنان این خدمات را دریافت کنید، باید طی 10 روز از تاریخ مندرج در این نامه یا قبل از تاریخی که کانتی شما برای خاتمه یا کاهش خدمات فوق‌الذکر اعلام کرده است، درخواست تجدیدنظر بدهید.

این اطلاعیه هیچ یک از سایر خدمات Medi-Cal را تحت الشعاع قرار نمی‌دهد.

کانتی می‌تواند به شما در رابطه با هر گونه پرسش مربوط به این اطلاعیه کمک کند. برای دریافت کمک، می‌توانید با County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD) به صورت 24 ساعته به شماره



1-800-704-0900 تماس بگیرید. اگر مشکل گفتاری یا شنوایی دارید، لطفاً با TTY/TTD به شماره 800-855-7100 یا 711 تماس بگیرید که به صورت 24 ساعته در دسترس است.

اگر به این اطلاعیه و/یا سایر مدارک کانتی در قالب ارتباطی دیگری از جمله قلم درشت، بریل یا قالب الکترونیکی نیاز دارید یا اگر برای خواندن مطالب به کمک نیاز دارید، لطفاً با **County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD)** به شماره 1-800-704-0900 تماس بگیرید.

اگر کمک کانتی مورد رضایت شما نبود و/یا به کمک بیشتری نیاز داشتید، **State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office** می‌تواند به شما در پاسخ به پرسش‌هایتان کمک کند. شما می‌توانید با آنها از دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 5 عصر به وقت PST، به جز روزهای تعطیل، به شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

[Signature Block]

QIC or CSC Name, Credential

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

پیوست: «حقوق شما»
اطلاعیه عدم تبعیض ذینفع
بیانیه کمک زبانی



اطلاعیه تعیین مزایای مغایر (NOABD)

حقوق شما تحت MEDI-CAL

اگر به این اطلاعیه و/یا سایر مدارک کانتی در قالب ارتباطی دیگری از جمله قلم درشت، بریل یا قالب الکترونیکی نیاز دارید یا اگر برای خواندن مطالب به کمک نیاز دارید، لطفاً با County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD) به شماره 1-800-704-0900 تماس بگیرید.

اگر با تصمیم گرفته شده در رابطه با سلامت روانی خود یا درمان اختلال مصرف مواد موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. این درخواست تجدیدنظر نزد کانتی شما ثبت می‌شود.

نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر

شما از تاریخ این نامه «اطلاعیه تعیین مزایای مغایر» **60 روز** فرصت دارید درخواست تجدیدنظر خود را ثبت کنید. اگر در حال حاضر تحت درمان هستید و می‌خواهید همچنان خدمات درمانی را دریافت کنید، باید طی **10 روز** از تاریخ مندرج در این نامه یا قبل از تاریخی که کانتی شما برای خاتمه خدمات اعلام کرده است، درخواست تجدیدنظر بدهید. شما باید بگویید که می‌خواهید ضمن ثبت درخواست تجدیدنظر، همچنان خدمات درمانی را دریافت کنید.

شما می‌توانید به صورت تلفنی یا کتبی، درخواست تجدیدنظر بدهید. اگر تلفنی درخواست تجدیدنظر بدهید، باید پس از آن درخواست تجدیدنظر کتبی و امضا شده ارائه دهید. در صورت نیاز به کمک، کانتی به شما کمک رایگان ارائه می‌دهد.

- برای درخواست تجدیدنظر تلفنی: با County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD) به شماره 1-800-704-0900 تماس بگیرید که 24 ساعته در دسترس است. یا اگر مشکل شنوایی یا گفتاری دارید، لطفاً با 800-855-7100 یا 711 تماس بگیرید.
- برای درخواست تجدیدنظر کتبی: یک فرم تجدیدنظر تکمیل کنید یا نامه‌ای به کانتی خود بنویسید و به آدرس زیر ارسال کنید:

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

ارائه دهنده شما فرم‌های تجدیدنظر را در دسترس دارد. County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD) نیز می‌تواند یک فرم به شما ارسال کند.

می‌توانید شخصاً درخواست تجدیدنظر را ثبت کنید. یا اینکه از فرد دیگری همچون خویشاوندان، دوستان، نماینده، ارائه دهنده یا وکیل بخواهید درخواست تجدیدنظر را از طرف شما ثبت کند. به این شخص «نماینده مجاز» گفته می‌شود. شما می‌توانید هر نوع اطلاعاتی را که می‌خواهید کانتی‌تان بررسی کند، ارسال کنید. درخواست تجدیدنظر شما را ارائه‌دهنده دیگری غیر از شخصی بررسی می‌کند که تصمیم اول را گرفته است.

کانتی شما 30 روز فرصت دارد به شما پاسخ دهد. در آن زمان، یک نامه «اطلاعیه رأی تجدیدنظر» دریافت خواهید کرد. در این نامه، تصمیم کانتی شما درج شده است. اگر نامه تصمیم کانتی را طی **30 روز** دریافت نکردید، می‌توانید



درخواست «دادرسی ایالتی» بدهید تا یک قاضی پرونده شما را بررسی کند. لطفاً بخش زیر را برای اطلاع از دستورالعمل نحوه درخواست دادرسی ایالتی (State Hearing) بخوانید.

تجدیدنظر تسریع شده

اگر فکر می‌کنید انتظار 30 روزه به سلامتی شما آسیب می‌زند، در این صورت ممکن است بتوانید طی 72 ساعت پاسخ درخواست خود را دریافت کنید. هنگام ثبت درخواست تجدیدنظر، دلیل اینکه انتظار به سلامتی شما آسیب می‌زند را ذکر کنید. حتماً ذکر کنید که متقاضی «تجدیدنظر تسریع شده» هستید.

دادرسی ایالتی (State Hearing)

اگر درخواست تجدیدنظر را ثبت کردید و یک نامه «اطلاعیه رأی تجدیدنظر» دریافت کردید مبنی بر اینکه کانتی شما همچنان خدمات را به شما ارائه نخواهد داد، یا اینکه هرگز نامه مبنی بر این تصمیم را دریافت نکردید و 30 روز از آن گذشته باشد، می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی (State Hearing) بدهید تا یک قاضی پرونده شما را بررسی کند. لازم نیست بابت دادرسی ایالتی هزینه بپردازید.

شما باید برای دادرسی ایالتی (State Hearing) طی 120 روز از تاریخ نامه «اطلاعیه رأی تجدیدنظر»، درخواست دهید. شما می‌توانید به صورت تلفنی، الکترونیکی یا کتبی درخواست دادرسی بدهید:

- **تلفنی:** با 1-800-952-5253 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با TTY/TDD 1-800-952-8349 تماس بگیرید.
- **الکترونیکی:** می‌توانید به صورت آنلاین درخواست دادرسی ایالتی بدهید. برای تکمیل فرم الکترونیکی، لطفاً از وبسایت California Department of Social Services به آدرس زیر دیدن کنید: [درخواست دادرسی](#)
- **کتبی:** یک فرم دادرسی ایالتی (State Hearing) تکمیل کنید یا به آدرس زیر نامه ارسال کنید:

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

حتماً نام، آدرس، شماره تلفن، تاریخ تولد و دلیل درخواست دادرسی ایالتی را ذکر کنید. اگر شخصی به شما برای درخواست دادرسی ایالتی کمک می‌کند، نام، آدرس و شماره تلفن او را نیز در فرم یا نامه اضافه کنید. اگر به مترجم نیاز دارید، زبان خود را به ما بگویید. لازم نیست بابت مترجم شفاهی هزینه بپردازید. ما یک مترجم برایتان فراهم می‌کنیم.

پس از درخواست دادرسی ایالتی، ممکن است 90 روز طول بکشد تا در مورد پرونده شما حکم صادر شده و پاسخی به شما ارسال شود. اگر فکر می‌کنید انتظار این مدت به سلامتی شما آسیب می‌زند، در این صورت ممکن است بتوانید طی 3 روز کاری پاسخ درخواست خود را دریافت کنید. می‌توانید از ارائه‌دهنده یا کانتی خود بخواهید نامه‌ای از طرف شما بنویسند یا اینکه می‌توانید خودتان یک نامه بنویسید. در این نامه باید با جزئیات شرح دهید چرا انتظار تا 90 روز برای



تصمیم‌گیری در مورد پرونده شما به جان، سلامتی یا توانایی شما برای کسب، حفظ یا کسب دوباره حداقل کارآیی آسیب می‌زند. سپس برای «**دادرسی تسریع شده**» درخواست دهید و آن نامه را با درخواست دادرسی ارائه کنید.

نماینده مجاز

شما می‌توانید شخصاً در دادرسی ایالتی صحبت کنید. یا اینکه فرد دیگری همچون خویشاوندان، دوستان، نماینده، ارائه دهنده یا وکیل می‌تواند از طرف شما صحبت کند. اگر می‌خواهید شخص دیگری از طرف شما صحبت کند، آنگاه باید به اداره دادرسی ایالتی اطلاع دهید که این شخص مجاز است از طرف شما صحبت کند. به این شخص «نماینده مجاز» گفته می‌شود.

کمک حقوقی

ممکن است بتوانید کمک حقوقی رایگان دریافت کنید. همچنین می‌توانید با برنامه محلی Legal Aid در کانتی خود به شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید.



اطلاعیه عدم تبعیض

تبعیض خلاف قانون است. *County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD)* از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. *County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD)* اعمال تبعیض غیرقانونی، محروم کردن افراد یا رفتار دوگانه با افراد بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، تابعیت، هویت گروه قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، بیماری، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی یا گرایش جنسی را ممنوع می‌داند.

County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD) خدمات زیر را ارائه می‌کند:

- کمک و خدمات رایگان را به افراد دارای معلولیت برای کمک به آنها جهت برقرار ارتباط بهتر، از جمله:
 - مترجمان مجرب زبان اشاره
 - اطلاعات مکتوب در سایر قالب‌ها (چاپ درشت، بریل، صوتی یا قالب‌های الکترونیکی قابل دسترسی)
- خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:
 - مترجمان مجرب
 - اطلاعات کتبی به سایر زبان‌ها

اگر به این خدمات نیاز دارید، با *County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD)* به شماره 1-800-704-0900 تماس بگیرید که 24 ساعته در دسترس است. یا اگر نمی‌توانید به خوبی بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با 800-855-7100 یا 711 تماس بگیرید. در صورت درخواست، می‌توانیم این سند را به خط بریل، چاپ درشت، صوتی یا سایر قالب‌های الکترونیکی قابل دسترسی در اختیار شما قرار دهیم.

نحوه ثبت شکایت

اگر فکر می‌کنید که *County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD)* در ارائه این خدمات کوتاهی کرده است یا شما را بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، تابعیت، هویت گروه قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، بیماری، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی یا گرایش جنسی مشمول تبعیض کرده است، می‌توانید شکایت خود را نزد *Partner Entity's Civil Rights Coordinator* طرح کنید. می‌توانید شکایت خود را تلفنی، کتبی، حضوری یا الکترونیکی ثبت کنید:

- تلفنی: با *[Partner Entity's Civil Rights Coordinator]* بین ساعات *hours of operation* به شماره *[telephone number]* تماس بگیرید. یا اگر نمی‌توانید به خوبی بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با *[TTY/TDD number]* تماس بگیرید.
- کتبی: فرم شکایت پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و آن را به آدرس زیر ارسال کنید:

[Partner Entity's Civil Rights Coordinator, address]



- **حضور:** به مطب پزشک خود یا *County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD)* مراجعه کنید و بگویید می‌خواهید یک شکایت ثبت کنید.
- **الکترونیکی:** به وبسایت *[Partner Entity's]* به آدرس *[weblink]* مراجعه کنید.

اداره حقوق مدنی، **(OFFICE OF CIVIL RIGHTS)** – سازمان خدمات بهداشتی درمانی کالیفرنیا
(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نزد California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights به صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی مطرح کنید:

- **تلفنی:** با شماره **916-440-7370** تماس بگیرید اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با **711 (California State Relay)** [خدمات رله کالیفرنیا] تماس بگیرید.
- **کتبی:** فرم شکایت تکمیل کنید یا نامه‌ای به این آدرس بفرستید:

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

فرم‌های شکایت در <https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures> در دسترس هستند.

- **الکترونیکی:** یک ایمیل به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید.

اداره حقوق مدنی، **(OFFICE OF CIVIL RIGHTS)** – وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده
(U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

اگر باور دارید بر اساس نژاد، رنگ پوست، تابعیت اولیه، سن، معلولیت یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، همچنین می‌توانید یک شکایت نقض حقوق شهروندی را نزد U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights به صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی طرح کنید:

- **تلفنی:** با **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با



تماس بگیرید. TTY/TDD 1-800-537-7697

- کتبی: فرم شکایت تکمیل کنید یا نامه‌ای به این آدرس بفرستید:

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

- فرم‌های طرح شکایت در وبسایت
در <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
دسترس هستند.

- الکترونیکی: به درگاه شکایت Office for Civil Rights به آدرس
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> مراجعه کنید.



LANGUAGE TAGLINES

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)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: 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.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕໂຟນໃຫຍ່ 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 wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiut 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). ਅਪਾਹਜ 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 TTY: 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 TTY: 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.

แท็กไลน์ภาษาไทย (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 (ТТҮ: 1-800-855-7100 or 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu 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.