

---

# Уведомление Wellcare о порядке использования персональной информации

---

**ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ОПИСЫВАЕТ, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К НЕЙ. ПРОЧТИТЕ ЕГО ВНИМАТЕЛЬНО.**

**Действует с 12.14.2022**

For help to translate or understand this, please call **1-800-431-9007**. Hearing impaired should dial **711**. From Oct. 1 through March 31, we are open seven days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 through Sept. 30, we are open Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al **1-800-431-9007**. Las personas con problemas de audición deben marcar **711**. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

## Обязанности поставщика услуг здравоохранения

Wellcare является поставщиком услуг здравоохранения согласно определению и регулируется в соответствии с Законом о мобильности и подотчетности медицинского страхования от 1996 г. (HIPAA). По закону компания Wellcare обязана обеспечивать конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (PHI), предоставлять вам настоящее Уведомление о наших юридических обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности, связанных с вашей PHI, соблюдать условия Уведомления, которые действуют в настоящее время, и уведомлять вас в случае нарушения конфиденциальности вашей незащищенной PHI.

Это уведомление описывает способы использования и раскрытия вашей PHI. В нем также описываются ваши права на доступ, изменение и управление вашей PHI, а также способы реализации этих прав. Любое другое использование и раскрытие защищенной вашей PHI, не указанное в настоящем Уведомлении, будет осуществляться только с вашего письменного разрешения.

Wellcare оставляет за собой право вносить изменения в настоящее Уведомление. Мы оставляем за собой пересматривать или изменять Уведомление в отношении вашей PHI, имеющейся у нас, а также любой вашей PHI, которую мы получим в будущем. Wellcare незамедлительно пересмотрит и распространит настоящее Уведомление в случае внесения существенных изменений в следующие положения:

- использование или раскрытие информации;
- ваши права;
- наши юридические обязанности;
- другие положения о конфиденциальности, указанные в уведомлении.

Мы будем публиковать любые пересмотренные Уведомления на нашем веб-сайте или в отдельной рассылке.

# Внутренняя защита устной, письменной и электронной PHI

Wellcare защищает вашу PHI. Мы используем процессы для обеспечения конфиденциальности и безопасности, чтобы помочь.

Вот некоторые из способов, которыми мы защищаем вашу PHI:

- Мы обучаем наших сотрудников осуществлять наши процессы обеспечения конфиденциальности и безопасности.
- Мы требуем от наших деловых партнеров соблюдения процессов обеспечения конфиденциальности и безопасности.
- Мы обеспечиваем безопасность наших офисов.
- Мы говорим о вашей PHI только при необходимости с людьми, которым это необходимо.
- Мы обеспечиваем безопасность вашей PHI, когда отправляем или храним ее в электронном виде.
- Мы используем технологии, чтобы предотвратить доступ посторонних лиц к вашей PHI.

## Допустимое использование и раскрытие вашей PHI

Ниже приведен список разрешенных способов использования или раскрытия вашей PHI без вашего разрешения или согласия.

- **Лечение:** мы можем использовать или раскрывать вашу PHI врачу или другому поставщику медицинских услуг, предоставляющему вам лечение, для координации вашего лечения между поставщиками или для оказания нам помощи в принятии решений о предварительном разрешении, связанных с вашими льготами.
- **Оплата:** мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для осуществления выплат за предоставленные вам медицинские услуги. Мы можем раскрыть вашу PHI поставщику другого плана медицинского страхования, поставщику медицинских услуг или другому юридическому лицу, подпадающему под действие федеральных правил конфиденциальности, в целях оплаты. Платежная деятельность может включать:
  - обработку претензий;
  - определение приемлемости или страхового покрытия претензий;
  - выставление счетов на уплату страховой премии;
  - рассмотрение услуг по медицинской необходимости;
  - выполнение оценки применимости претензий.
- **Деятельность в области здравоохранения:** мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для ведения нашей деятельности в области здравоохранения. Эти виды деятельности могут включать:
  - предоставление услуг клиентам;
  - ответы на жалобы и обращения;
  - обеспечение управления оказанием медицинского ухода и координация ухода;
  - проведение медицинской экспертизы претензий и другой оценки качества;
  - деятельность по совершенствованию.

В нашей деятельности в сфере здравоохранения мы можем раскрывать PHI деловым партнерам. Мы заключим письменные соглашения об обеспечении конфиденциальности вашей PHI с этими лицами. Мы можем раскрывать вашу PHI другой организации, на которую распространяются федеральные правила конфиденциальности. Эта организация также должна иметь отношения с вами для осуществления своей деятельности в области здравоохранения. Это включает в себя следующее:

- мероприятия по оценке и улучшению качества;
- проверка компетентности или квалификации медицинских работников;
- управление делами и координация ухода;
- выявление или предотвращение мошенничества и злоупотреблений в сфере здравоохранения.

- **Раскрытие информации спонсором группового плана медицинского страхования:** мы можем раскрыть вашу защищенную медицинскую информацию спонсору группового плана медицинского обслуживания, например, работодателю или другому юридическому лицу, предоставляющему вам программу медицинского обслуживания, если спонсор согласился с определенными ограничениями в отношении способов использования или раскрытия защищенной информации о здоровье (например, согласие не использовать защищенную информацию о здоровье для осуществления действий или принятия решений, связанных с работой).

## Другие разрешенные или требуемые раскрытия вашей PHI

- **Деятельность по сбору средств:** мы можем использовать или раскрывать вашу PHI для деятельности по сбору средств, например сбора средств для благотворительного фонда или аналогичной организации для финансирования их деятельности. Если мы свяжемся с вами для уведомления о сборе средств, то мы предоставим вам возможность отказаться или прекратить получение таких сообщений в будущем.
- **Для целей андеррайтинга:** мы можем использовать или раскрывать вашу PHI в целях андеррайтинга, например, для принятия решения о заявлении или запросе на предоставление страхового покрытия. Если мы используем или раскрываем вашу PHI в целях андеррайтинга, нам запрещается использовать или раскрывать вашу генетическую защищенную медицинскую информацию в процессе андеррайтинга.
- **Напоминания о приеме/альтернативах лечения:** мы можем использовать и раскрывать вашу PHI, чтобы напомнить вам о назначении лечения и медицинской помощи у нас или предоставить вам информацию об альтернативных вариантах лечения или других льготах и услугах, связанных со здоровьем, например, информацию о том, как бросить курить или похудеть.
- **В соответствии с требованиями закона:** если в соответствии с федеральным законодательством, законодательством штата и/или местным законодательством требуется использование или раскрытие вашей PHI, мы можем использовать или раскрывать вашу PHI в той степени, в которой использование или раскрытие соответствует такому закону и ограничивается требованиями такого закона. Если два или более законов или нормативных актов, регулирующих одно и то же использование или раскрытие, противоречат друг другу, мы будем соблюдать более строгие законы или нормативные акты.
- **Мероприятия общественного здравоохранения:** мы можем раскрывать вашу PHI органу общественного здравоохранения с целью предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности. Мы можем раскрывать вашу PHI Управлению по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) для обеспечения качества, безопасности или эффективности продуктов или услуг, подпадающих под юрисдикцию FDA.
- **Жертвы жестокого обращения и пренебрежения:** мы можем раскрывать вашу PHI местным, государственным или федеральным органам власти, включая социальные службы или службы защиты, уполномоченным по закону получать такие сообщения, если у нас есть обоснованные подозрения в жестоком обращении, пренебрежении или домашнем насилии.
- **Судебные и административные разбирательства:** мы можем раскрывать вашу PHI в ходе судебных и административных разбирательств. Мы также можем раскрывать ее в ответ на следующее:
 

– постановление суда;	– повестку в суд;	– запрос документов;
– административный трибунал;	– вызов в суд;	– аналогичный юридический запрос.
	– ордер;	
- **Правоохранительные органы:** мы можем раскрывать вашу соответствующую PHI правоохранительным органам, когда это необходимо. Например, в ответ на:
 

– распоряжение суда;	– повестку в суд;	– повестку, выданную судебным приставом.
– судебный ордер;	– повестку в суд присяжных;	

Мы также можем раскрывать вашу соответствующую PHI, чтобы идентифицировать или найти подозреваемого, скрывающегося от правосудия, важного свидетеля или пропавшего без вести.

- **Коронеры, судмедэксперты и распорядители похоронных бюро:** мы можем раскрывать вашу PHI коронеру или судебно-медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для определения причины смерти. Мы также можем раскрывать вашу PHI распорядителям похоронных бюро, если это необходимо для выполнения их обязанностей.
- **Донорство органов, глаз и тканей:** мы можем раскрывать вашу PHI организациям, закупающим органы. Мы также можем раскрывать вашу PHI лицам, которые занимаются закупками, банковским обслуживанием или трансплантацией:
  - органов трупа;
  - глаз;
  - тканей.
- **Угрозы здоровью и безопасности:** мы можем использовать или раскрывать вашу PHI, если мы добросовестно полагаем, что использование или раскрытие необходимо для предотвращения или уменьшения серьезной или непосредственной угрозы здоровью или безопасности человека или общества.
- **Специализированные правительственные требования:** если вы являетесь военнослужащим вооруженных сил США, мы можем раскрывать вашу PHI в соответствии с требованиями военного командования. Мы также можем раскрывать вашу PHI:
  - уполномоченным федеральным чиновникам органов национальной безопасности;
  - органам разведки;
  - Государственному департаменту для определения пригодности по медицинским показаниям;
  - службам защиты Президента или иным уполномоченным лицам.
- **Компенсация работникам:** мы можем раскрывать вашу PHI в соответствии с законами, касающимися компенсации работникам или других подобных программ, установленных законом, которые предоставляют льготы в случае производственных травм или заболеваний без учета вины.
- **Чрезвычайные ситуации:** мы можем раскрывать вашу PHI в чрезвычайной ситуации, если вы недееспособны или отсутствуете, члену семьи, близкому другу, уполномоченному агентству по оказанию помощи при стихийных бедствиях или любому другому лицу, ранее указанному вами. Мы будем использовать профессиональное суждение и опыт, чтобы определить, отвечает ли раскрытие информации вашим интересам. Если раскрытие информации отвечает вашим интересам, мы будем раскрывать только PHI, которая имеет непосредственное отношение к участию человека в вашем лечении.
- **Заклученные:** если вы находитесь в исправительном учреждении или под стражей у сотрудника правоохранительных органов, мы можем передать вашу PHI исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов, если такая информация необходима учреждению для оказания вам медицинской помощи; для защиты вашего здоровья или безопасности; или здоровье или безопасность других лиц; или для охраны и безопасности исправительного учреждения.
- **Исследования:** при определенных обстоятельствах мы можем раскрывать вашу PHI исследователям, когда их клиническое исследование было одобрено и когда действуют определенные меры предосторожности для обеспечения конфиденциальности и защиты вашей PHI.

## Использование и раскрытие вашей PHI, для которых требуется ваше письменное разрешение

Мы обязаны получить ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI, за некоторыми исключениями, по следующим причинам:

- **Продажа PHI:** мы запросим ваше письменное разрешение, прежде чем мы совершим какое-либо раскрытие, которое считается продажей вашей PHI, а это означает, что мы таким образом получаем компенсацию за раскрытие PHI.
- **Маркетинг:** мы будем запрашивать ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI в маркетинговых целях с ограниченным числом исключений, например, когда мы проводим с вами маркетинговую коммуникацию или когда мы предоставляем рекламные подарки номинальной стоимости.

- **Психотерапевтическая документация:** мы запросим ваше письменное разрешение на использование или раскрытие любой вашей психотерапевтической документации, которая могут храниться у нас, за некоторыми исключениями, например, для определенных функций лечения, оплаты или медицинского обслуживания.

## Права отдельных лиц

Ниже приведены ваши права в отношении вашей PHI. Если вы хотите использовать какое-либо из следующих прав, свяжитесь с нами, используя информацию в конце этого Уведомления.

- **Право запрашивать ограничения:** вы имеете право потребовать ограничения использования и раскрытия вашей PHI для лечения, оплаты или медицинских операций, а также раскрытия информации лицам, участвующим в вашем уходе или оплате вашего ухода, например, членам семьи или близким друзьям. В вашем запросе должны быть указаны ограничения, которые вы запрашиваете, и на кого распространяется ограничение. Мы не обязаны выполнять этот запрос. Если мы согласны, мы выполним ваш запрос на ограничение только в том случае, если информация не потребуется для оказания вам неотложной помощи. Тем не менее, мы ограничим использование или раскрытие PHI для оплаты или медицинских операций планом медицинского страхования, если вы полностью оплатили услугу или товар самостоятельно.
- **Право запрашивать конфиденциальные сообщения:** вы имеете право потребовать, чтобы мы сообщали вам о вашей PHI с помощью альтернативных средств или в других местах. Это право применяется только в том случае, если информация может представлять для вас опасность, если она не будет передана альтернативными средствами или в альтернативное место, которое вы хотите. Вам не нужно объяснять причину вашего запроса, но должны заявить, что информация может представлять для вас опасность, если средства связи или местонахождение не будут изменены. Мы должны удовлетворить ваш запрос, если он разумен и указывает альтернативные средства или место, куда должна быть доставлена ваша PHI.
- **Право на доступ и получение копии вашей PHI:** вы имеете право, за некоторыми исключениями, просматривать или получать копии вашей PHI, содержащейся в указанном наборе записей. Вы можете запросить предоставление копий в формате, отличном от фотокопий. Мы будем использовать формат, который вы запрашиваете, за исключением случаев, когда это невозможно сделать на практике. Вы должны подать письменный запрос на получение доступа к вашей PHI. Если мы отклоним ваш запрос, мы предоставим вам письменное объяснение и сообщим вам, могут ли быть рассмотрены причины отказа. Мы также сообщим вам, как запросить такой пересмотр, или что отказ не может быть пересмотрен.
- **Право на внесение поправок в вашу PHI:** вы имеете право потребовать, чтобы мы внесли поправки или изменения в вашу PHI, если считаете, что она содержит неверную информацию. Ваш запрос должен быть составлен в письменной форме и должен объяснить, почему информация должна быть изменена. Мы можем отклонить ваш запрос по определенным причинам, например, если не мы составляли информацию, которую вы хотите изменить, и внести изменения может составитель PHI. Если мы отклоним ваш запрос, то предоставим вам письменное объяснение. Вы можете ответить заявлением о том, что не согласны с нашим решением, и мы приложим ваше заявление к PHI, которую вы запрашиваете, чтобы мы внесли поправки. Если мы примем ваш запрос на изменение информации, мы приложим разумные усилия, чтобы проинформировать других, в том числе названных вами лиц, об этой поправке и включить изменения в любое раскрытие этой информации в будущем.
- **Право на получение отчета о раскрытии информации:** вы имеете право на получение списка случаев за последние 6 лет, когда мы или наши деловые партнеры раскрывали вашу PHI. Это не относится к раскрытию информации в целях лечения, оплаты, медицинских операций или раскрытию информации, которое вы разрешили, и некоторым другим действиям. Если вы запрашиваете эту отчетность более одного раза в течение 12 месяцев, мы можем взимать с вас плату за ответ на эти дополнительные запросы. Мы предоставим вам дополнительную информацию о наших сборах во время вашего запроса.

- **Право на подачу жалобы:** если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены или что мы нарушили наши собственные правила конфиденциальности, вы можете подать нам жалобу в письменной форме или по телефону, используя контактную информацию, указанную в конце этого Уведомления.

Вы также можете подать жалобу секретарю Управления по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США, отправив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**). Или посетите веб-сайт **[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)**.

## **МЫ НЕ ПРЕДПРИМЕМ НИКАКИХ ДЕЙСТВИЙ ПРОТИВ ВАС ЗА ПОДАЧУ ЖАЛОБЫ**

- **Право на получение копии настоящего Уведомления:** вы можете запросить копию нашего Уведомления в любое время, используя контактную информацию, указанную в конце Уведомления. Если вы получили это Уведомление на нашем веб-сайте или по электронной почте, вы также имеете право запросить бумажную копию Уведомления.

## **Контактная информация**

Если у вас есть какие-либо вопросы об этом Уведомлении, наших методах обеспечения конфиденциальности в отношении вашей PHI или о том, как воспользоваться своими правами, вы можете связаться с нами в письменной форме или по телефону, используя контактную информацию, указанную ниже.

Wellcare Health Plans, Inc.  
Attention: Privacy Official  
7700 Forsyth Boulevard  
Clayton, MO 63105  
**1-800-431-9007** (TTY: **711**)

**Часы работы:** С 1 октября по 31 марта мы работаем семь дней в неделю с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м.

## **Уведомление о недопущении дискриминации**

Дискриминация запрещена законом. Компания Wellcare By Health Net соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. Компания Wellcare By Health Net не допускает незаконной дискриминации людей, не отказывает им в обслуживании и предоставляет одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Компания Wellcare By Health Net предоставляет:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
  - Услуги квалифицированных переводчиков жестового языка
  - Печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, прочие форматы)
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, в том числе:
  - Услуги квалифицированных устных переводчиков
  - Письменные переводы материалов и документов на другие языки

Если вам нужны эти услуги, обращайтесь в компанию Wellcare By Health Net по номеру **1-800-431-9007**. С 1 октября по 31 марта вы можете звонить нам в любой день недели с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября вы можете звонить нам с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. В нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники работает автоответчик. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**. По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

**Wellcare By Health Net**  
**21281 Burbank Blvd.**  
**Woodland Hills, CA 91367**  
**1-800-431-9007 (TTY: 711)**

## **Порядок подачи претензии**

Если вы считаете, что компания Wellcare By Health Net не предоставила указанные услуги или с ее стороны имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать претензию в отдел обслуживания участников плана. Претензию можно подать по телефону, письменно, лично или в электронном виде:

- **По телефону:** свяжитесь с координатором Wellcare By Health Net по вопросам прав граждан по номеру **1-866-458-2208**. С 8 а.м. до 5 р.м. с понедельника по пятницу. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером ТТУ: 711.
- В письменной форме: заполните форму для подачи жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу:  
**Wellcare Civil Rights Coordinator**  
**P.O. Box 9103**  
**Van Nuys, CA 91409-9103**
- **Лично:** обратитесь в приемную своего врача или в компанию Wellcare By Health Net и сообщите, что вы хотите подать претензию.
- **В электронном виде:** посетите веб-сайт компании Wellcare By Health Net по адресу **wellcare.com/healthnetCA**.

### **Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения штата California**

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата California по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-916-440-7370**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **ТТУ 711 (служба коммутируемых сообщений)**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
**Deputy Director, Office of Civil Rights**  
**Department of Health Care Services**  
**Office of Civil Rights**  
**P.O. Box 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**  
 Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте  
**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**.
- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

### **Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения и социальных служб США**

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола или ограниченных возможностей, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **ТТУ/TDD 1-800-537-7697**.



- В письменной форме: заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:

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

- **В электронном виде:** посетите портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

**English:** ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

**Arabic** (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

**Armenian** (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

**Cambodian** (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**Chinese Mandarin** (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY：711)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY：711)。这些服务均免费提供。

**Chinese Cantonese** (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY：711)。這些服務為免費服務。

**Farsi** (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

**Hindi** (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

**Hmong** (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

**Japanese (日本語):** 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**

(TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

**Korean (한국어):** 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007**

(TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Laotian (ພາສາລາວ):** ສໍາຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

**Mien (Mienh):** Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

**Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ):** ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Russian (Русский):** ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish (Español):** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog (Tagalog):** ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

**Thai** (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**Ukrainian** (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

**Vietnamese** (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.