

TÍTULO	Atención de caridad		
NÚMERO		Fecha de entrada en vigencia de la última revisión:	16 de enero
FUNCIONES DE TJC	LD-FM		
SE APLICA A			

I. ALCANCE/PROPÓSITO

La declaración de la misión de Novant Health, “mejorar la salud de una persona de las comunidades por vez”, refleja la herencia sin fines de lucro y la responsabilidad social de Novant Health hacia las comunidades en las que nos encontramos.

II. POLÍTICA

Todas las filiales de Novant Health (“Novant Health”) brindarán atención de caridad (atención gratuita) a pacientes de bajos ingresos que cumplan con los requisitos necesarios. Este servicio, junto con otros servicios de beneficios comunitarios, es esencial para la ejecución de la misión de Novant Health.

El propósito de esta política es establecer los criterios y condiciones para brindar atención de caridad a pacientes a quienes les resulta difícil o imposible pagar servicios de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico debido a su situación financiera. Esta política no cubre servicios opcionales. Las personas que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en esta política califican para recibir atención sin cargo para servicios de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico. Se mantendrán la confidencialidad de la información y la dignidad individual de todas las personas que soliciten ayuda de conformidad con esta Política.

El equipo de Liderazgo Ejecutivo de Novant Health o la Junta Directiva de Novant Health deben aprobar cualquier modificación de esta Política.

A. Elegibilidad para la atención de caridad.

1. Área de servicio:
 - a. *Pacientes del hospital:* los residentes dentro del área de servicio de Novant Health (ver el documento adjunto) son elegibles para solicitar la atención de caridad, según se define en esta Política.
 - b. *Pacientes de la clínica médica de un no proveedor (“Clínica médica”):* los pacientes deben vivir en el área de servicio tradicional de la clínica, según se define y documenta en cada clínica y está disponible a solicitud del paciente.
 - c. *Pacientes de radiología ambulatoria en un centro de cuidados no agudos (“Radiología ambulatoria”):* los pacientes que vivan dentro de un radio de 25 millas del centro son elegibles para solicitar atención de caridad, según se define en esta Política.

Los Presidentes de Mercado o las personas designadas revisarán y aprobarán a los pacientes fuera del área de servicio aplicable de Novant Health. Para inscripciones planificadas, sin autorización previa, se espera

que los pacientes paguen los servicios prestados si residen fuera del área de servicio de Novant Health.

2. Paciente establecido. en el caso de una Clínica médica, un paciente debe ser aquel que el médico de cabecera de Novant Health Medical Group haya tratado dentro de los tres (3) años anteriores.
 3. Ingresos. el paciente no debe tener seguro, no debe poder acceder a Programas de asistencia, debe tener ingresos familiares anuales inferiores o iguales al 300 % de las pautas federales de pobreza disponibles del año actual y no debe tener activos líquidos importantes (es decir, efectivo en caja). La cobertura de las partes aseguradas debe otorgarse únicamente en circunstancias limitadas luego de que la gerencia revise y apruebe todos los documentos de atención de caridad.
 4. Servicios cubiertos. para los pacientes del hospital y radiología ambulatoria, los servicios cubiertos incluyen servicios de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico recibidos en un hospital de Novant Health, consultorio de un proveedor o en un entorno de radiología ambulatoria. Para los pacientes de una Clínica médica, los servicios cubiertos se determinan mediante una evaluación médica. Los servicios cubiertos no incluyen servicios o procedimientos cosméticos, opcionales, pruebas no urgentes o servicios de fertilidad o tratamientos experimentales. En el caso de una Clínica Médica, los medicamentos recetados no están incluidos como servicio cubierto.
 5. Otra cobertura médica. los pacientes que se sepa que han elegido no participar en planes de salud patrocinados por el empleador o no sean elegibles para la cobertura de salud patrocinada por el gobierno debido a que no cumplen con los requisitos del programa no son elegibles para recibir atención de caridad de conformidad con esta Política. Esta exclusión no se aplica a pacientes que se sabe que eligieron no participar en el intercambio de atención médica establecido por la Ley de Atención Asequible.
 6. Circunstancias especiales. los pacientes fallecidos sin un patrimonio o cobertura de terceros pueden tenerse en cuenta para la elegibilidad para atención de caridad. También pueden ser elegibles para recibir atención de caridad los pacientes que están en bancarrota.
- B. Solicitud: una solicitud (ver la solicitud adjunta), que será completada por el paciente para enviarla luego a la oficina comercial, el defensor del ciclo de ingreso o un asesor financiero en el centro o clínica, proporciona todos los datos de respaldo que se requieren para verificar la elegibilidad para la atención de caridad. Los datos de respaldo incluyen documentos de constancia de ingresos, como los formularios W2, recibos de sueldo o la declaración de impuestos del año anterior. Los pacientes sin una fuente de ingresos deben enviar una carta de respaldo que indique su necesidad de ser considerados para la atención de caridad según su situación financiera actual. Las cartas deben, como mínimo, especificar que el paciente no tiene documentación financiera de respaldo para proporcionar. Consulte la Sección G a continuación. Las solicitudes se mantendrán en el centro o la oficina comercial de la clínica y se proporcionarán a las personas que soliciten atención de caridad o estén identificadas como posibles candidatos para recibir atención de caridad. Las solicitudes están disponibles en inglés y español. Para proporcionar asistencia para completar la solicitud, póngase en contacto con un asesor financiero a través de cualquiera de los números telefónicos indicados en

la Sección Q de esta Política.

- C. Determinación basada en la solicitud: una vez que se reciban los documentos completos y se haya tomado una determinación de elegibilidad, se enviará una carta de notificación a cada solicitante para informarles acerca de la decisión del centro o la clínica. Si el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad, se los designará como elegibles para recibir atención de caridad. Se contactará por teléfono o correo postal a los pacientes que envíen solicitudes incompletas o no proporcionen la documentación de respaldo.
- D. Supuesta determinación de elegibilidad: puede revisarse una cuenta debido a una supuesta elegibilidad para recibir atención de caridad luego de completar un ciclo de facturación de 120 días si no se ha recibido una solicitud. Se revisan las cuentas sin cobertura de seguro al obtener el tamaño del hogar y el ingreso familiar a través de Experian Healthcare, una compañía de análisis y datos, y al calcular el porcentaje de pobreza federal según las pautas federales de pobreza más recientes. Toda cuenta con un porcentaje de pobreza federal inferior a 300 % y sin cobertura de seguro será elegible para recibir atención de caridad y obtendrá un ajuste del 100 % para cualquier cargo por servicios cubiertos conforme a esta Política.
- E. Proveedores que brindan atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico: cada centro de NH mantiene una lista de proveedores que brindan atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico en el centro de NH, lo que identifica qué proveedores están cubiertos de conformidad con esta Política (“Lista de proveedores”). Esta lista puede actualizarse regularmente sin la aprobación de la Junta de administración del centro de NH. Se puede obtener una Lista de Proveedores a través del sitio web de Novant Health o al ponerse en contacto con un asesor financiero a través de los números telefónicos indicados en la Sección Q de esta Política.
- F. Período de elegibilidad: la solicitud y la documentación de la atención de caridad deben actualizarse cada seis meses, o en cualquier momento durante ese período de seis meses en que el ingreso familiar del paciente o el estado de su seguro se modifica de tal manera que el paciente pierde su elegibilidad. Se revisará cada visita dentro del período de seis meses para identificar posibles accesos a otros programas de asistencia.
- G. Sin documentación financiera de respaldo: los pacientes sin una fuente de ingreso pueden clasificarse como caridad si no tienen un trabajo, una dirección postal, una residencia o un seguro. También deben considerarse los pacientes que no brindan información adecuada con respecto a su estado financiero. Los pacientes sin una fuente de ingreso deben enviar una carta de respaldo que indique su necesidad de ser considerados para la atención de caridad según su situación financiera actual. Las cartas deben, como mínimo, especificar que el paciente no tiene documentación financiera de respaldo para proporcionar. La atención de caridad no puede negarse conforme a esta Política si el solicitante no cumple con el requisito de brindar información o documentación que esta Política o el formulario de solicitud no le exigen a una persona que proporcione.

- H. Acciones de facturación y cobro: para obtener información acerca de las actividades de facturación y cobros de Novant Health, consulte la Política de facturación y cobros de Novant Health. Se puede obtener una copia de la política a través del sitio web de Novant Health o al ponerse en contacto con un asesor financiero a través de los números telefónicos indicados en la Sección O de esta Política.
- I. Fecha de entrada en vigencia de la atención de caridad. si bien es conveniente determinar la elegibilidad de un paciente para recibir atención de caridad lo más cerca posible al tiempo de servicio, siempre que el paciente envíe la documentación requerida dentro del Período de solicitud, se proporcionará la atención de caridad.
- J. Mantenimiento de registros: los registros relacionados con posibles pacientes de atención de caridad deben obtenerse rápidamente para su uso. Las imágenes de los documentos relacionados con la atención de caridad son accesibles para recuperarlas en las siguientes áreas de la cuenta o el nivel de registro médico del paciente:
- Ciclo de ingresos de NHMG: la documentación de la solicitud se almacena en armarios de archivos cerrados durante 30 días y luego se escanea utilizando OnBase de Hyland para su almacenamiento.
 - Centros de radiología ambulatoria de NH: los documentos se escanean en el sistema de administración de documentos dentro de Centricity para su almacenamiento.
 - Centros de atención aguda Invision de NH: los documentos se escanean en el sistema de EDM de Siemens para su almacenamiento.
 - Centros de atención aguda Dimension de NH: los documentos se escanean en el administrador de medios en Dimensions para su almacenamiento.
- K. Cargos: no se le cobrará a ninguna persona que sea elegible para recibir atención de caridad por atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico según esta Política. Si Novant Health cobrara por recibir atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico según esta Política, usaría el método prospectivo para determinar los montos generalmente facturados utilizando las tarifas de Medicaid (“amounts generally billed, AGB”) y no le cobraría a una persona elegible para la atención de caridad una cantidad superior a los AGB.
- L. Presupuesto de atención de caridad: la disponibilidad de atención de caridad puede limitarse según el presupuesto de Novant Health u otras restricciones financieras, lo cual impactaría en la capacidad de Novant Health de mantenerse financieramente viable.
- M. Notificación pública y publicación: Novant Health pondrá a disposición del público información acerca de la asistencia brindada en esta Política de la siguiente manera:
- Esta Política, la solicitud y un Resumen con lenguaje común estarán disponibles en el sitio web de NH.
 - Las copias impresas de esta Política, la solicitud y un Resumen con lenguaje común estarán disponibles a solicitud y sin cargo, tanto por correo como en

establecimientos públicos de todos los centros de Novant Health, incluidas, como mínimo, las áreas de emergencia y admisión.

- Los folletos de atención de caridad, que informan al lector acerca de la asistencia financiera disponible conforme a esta Política, sobre cómo obtener más información acerca de esta Política y el proceso de solicitud, y cómo obtener copias de esta Política, la solicitud y un Resumen con lenguaje común, están disponibles en diferentes clínicas de salud gratuitas de la comunidad dentro de las áreas de servicio de Novant Health.
- Como parte del proceso de admisión o de alta hospitalaria, se le ofrecerá a los pacientes una copia impresa del Resumen con lenguaje común.
- Los estados de facturación incluirán una llamativa notificación para informar al lector acerca de esta Política, como se establece más detalladamente en la Política de facturación y cobro de Novant Health.
- Se colocarán avisos públicos ostensibles que informen y notifiquen a los pacientes acerca de esta Política en establecimientos públicos de todos los centros de Novant Health, incluidas, como mínimo, las áreas de emergencia y admisiones.

N. Acceso para personas con un dominio limitado del inglés: Novant Health pondrá esta Política, el formulario de solicitud y el Resumen con lenguaje común a disposición de todas las poblaciones importantes que tienen un dominio limitado del inglés (Limited English proficiency, LEP). Para determinar si una población es importante, Novant Health utilizará un método razonable para determinar los grupos lingüísticos de LEP dentro del área de servicio de Novant Health.

O. Disponibilidad de la Política y documentos relacionados: para los pacientes de hospital, se puede obtener una copia de esta Política, un Resumen con lenguaje común, una solicitud, la Lista de Proveedores y la Política de facturación y cobro de la siguiente manera:

- Al visitar el sitio web de Novant Health en <http://www.novanthealth.org/GiveBack/FinancialAssistance.aspx>
- Al visitar la oficina de Asesoramiento Financiero en cualquier hospital de Novant Health.
- Al llamar sin cargo al servicio de atención al cliente al 888-844-0080.
- Al llamar a un asesor financiero de un hospital de Novant Health a los números que se detallan a continuación:

Novant Health Forsyth Medical Center Novant Health Clemmons Medical Center Novant Health Kernersville Medical Center Novant Health Medical Park Hospital Novant Health Thomasville Medical Center Novant Health Rowan Medical Center	(336) 718-5393
Novant Health Presbyterian Medical Center Novant Health Matthews Medical Center Novant Health Huntersville Medical Center Novant Health Charlotte Orthopedic Hospital Novant Health Brunswick Medical Center	(704) 384-0539
Novant Health Prince William Medical Center Novant Health Heathcote Medical Center Novant Health Haymarket Medical Center	(703) 369-8020

Para las Clínicas médicas y Radiología ambulatoria, pueden obtenerse una copia de la política de atención de caridad, un resumen con lenguaje común, una solicitud y la política de facturación y cobros; para ello, se debe poner en contacto con la clínica determinada.

EXCLUSIONES: Esta política solo se aplica a servicios prestados en las filiales de Novant Health y no se aplica a servicios prestados por ningún médico o profesional independiente. Esta Política tampoco se aplica a los servicios prestados dentro o fuera del hospital/centro por médicos u otros proveedores de atención médica, incluidos, entre otros, anestesiólogos, radiólogos o patólogos, que no sean empleados de Novant Health.

III. PERSONAL CALIFICADO

No corresponde

IV. EQUIPO

No corresponde

V. PROCEDIMIENTO

El procedimiento sirve como orientación para ayudar al personal a lograr las metas de la política. Mientras el personal sigue esta orientación sobre los procedimientos, se espera que aplique su buen juicio dentro del alcance de su especialidad y/o sus responsabilidades laborales.

No corresponde

VI. DOCUMENTACIÓN

No corresponde

VII. DEFINICIONES

Filial: incluye a Novant Health, Inc. y cualquier entidad que le pertenezca completamente o una entidad operada bajo el nombre de Novant Health.

Período de solicitud: el período que comienza en la fecha en que se proporciona la atención a una persona y finaliza el día 240 después de que se le proporciona a la persona el primer estado de facturación por la atención.

Atención de caridad: los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumple con los estándares de medicina aceptados, y que produciría un cambio adverso en el estado de salud si no se tratara inmediatamente.

Programa de asistencia: un programa del gobierno que garantiza ciertos beneficios de atención médica a un segmento de la población. Esto no incluye el intercambio de atención médica establecido por la Ley de Atención Asequible.

Familia: aquí se incluyen el marido, la esposa y los hijos (incluidos hijastros) que vivan en la casa y sean dependientes que reúnen los requisitos necesarios para los fines impositivos.

Ingresos: ganancias familiares y beneficios en efectivo anuales provenientes de todas las fuentes antes de la deducción de impuestos, menos los pagos efectuados para pensión alimenticia y manutención infantil.

Servicios necesarios desde el punto de vista médico: los servicios para una afección, que produciría un cambio adverso en el estado de salud del paciente si no se tratara inmediatamente.

Resumen con lenguaje claro: una declaración por escrito que le notifica a una persona que el centro de Novant Health ofrece asistencia financiera según esta Política y proporciona la siguiente información adicional en un lenguaje que es claro, conciso y fácil de comprender: (i) una descripción breve de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida de conformidad con esta Política; (ii) un resumen breve sobre cómo solicitar la asistencia de conformidad con esta Política; (iii) la dirección directa del sitio web (o URL) y las ubicaciones físicas donde la persona puede obtener copias de esta Política y el formulario de solicitud; (iv) instrucciones sobre cómo la persona puede obtener una copia gratuita de esta Política y el formulario de solicitud; (v) la información de contacto, incluidos el número de teléfono y la ubicación física, de la oficina o el departamento del centro que puede proporcionar información acerca de esta Política y la oficina o el departamento que puede proporcionar ayuda con la solicitud, o una agencia gubernamental o una agencia sin fines de lucro que puede brindar ayuda; (vi) una declaración de la disponibilidad de las traducciones de esta Política, la solicitud y el Resumen en lenguaje común en otros idiomas, si corresponde y (vii) una declaración de que no se le podrá cobrar a una persona elegible para la atención de caridad una cantidad superior al monto que generalmente se factura a las personas con un seguro que cubre la misma atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico.

Área de servicio tradicional: definida y aplicada de forma consistente por la Clínica médica pertinente y que incluye entre un 80 y un 90 % de sus pacientes.

VIII. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Declaración de catástrofe, descuento para personas sin seguro, plan de pago, admisiones, cargos y asesoramiento financiero, facturación y cobro

IX. REFERENCIAS

No corresponde

X. PRESENTADO POR

Atención de caridad de Novant Health/Subcomité de Deuda Incobrable

XI. PALABRAS CLAVE

Caridad, paciente sin seguro, atención de caridad, asistencia financiera

XII. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA INICIAL	1.º de junio de 2015
FECHAS EN QUE SE HACEN EFECTIVAS LAS REVISIONES FECHAS DE REVISIONES (sin cambios)	01/2016
Fecha de vencimiento de la próxima revisión	Enero de 2019

HOJA DE FIRMAS

TÍTULO	Atención de caridad
NÚMERO	
FUNCIONES DE TJC	LD-FM
SE APLICA A	
ACCIÓN	Revisado

APROBADO POR:

Cargo	Aprobado por	Firma	Fecha

COMITÉS APROBADOS POR:

Comité	Presidente/Persona designada	Fecha

Solicitud de asistencia financiera

I. Características demográficas del paciente

Nombre del paciente: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Nombre del garante: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Dirección: _____
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: _____

II. Información familiar

Estado civil (<i>Encierre en un círculo una opción</i>)	Casado	Soltero	Separado	Total de miembros en la familia:
Nombres de los dependientes (<i>Adjunte una hoja aparte para los dependientes adicionales</i>)		Fecha de nacimiento del dependiente		

III. Empleo/Ingresos

Empleador del paciente/garante:
Cantidad de ingreso bruto mensual: \$
Fuente de ingresos: <i>adjunte una verificación o explicación de la situación actual</i>
Otra fuente de ingresos y cantidad de ingresos brutos mensuales: \$
Ingresos familiares brutos anuales totales: \$

IV. Verificación del seguro

¿Posee algún seguro médico?	SÍ	NO
Si la respuesta es sí, explique: <i>(incluya el nombre de la compañía de seguro, la dirección, el número de teléfono, el número de póliza/grupo y la información del asegurado)</i>		
¿Tiene empleo?	SÍ	NO
Si la respuesta es sí, indique la información del empleador actual:		
Si la respuesta es no, indique la información del último empleador (incluya fechas):		

Certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que información fraudulenta o falsa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información proporcionada y para la facturación y el cobro conforme a las leyes federales y estatales vigentes. Es posible que se solicite un comprobante de ingresos antes de realizar cualquier consideración. Los comprobantes de ingresos aceptables pueden ser, entre otros: copia de los talones de sueldo, copia de la declaración de impuestos del año anterior o una carta del empleador donde se indique el sueldo actual y las horas trabajadas.

Firma del paciente/garante		Fecha:
Firma del entrevistador		Fecha:
Firma del gerente		Fecha:
Firma del director		Fecha:
Firma del vicepresidente sénior		Fecha:
Comentarios		

Notice of nondiscrimination

Novant Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Novant Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Novant Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please contact Novant Health interpreter services toll-free at 1-855-526-4411, then select option 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.

If you believe that Novant Health has not provided these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Patient services department
Attn: Section 1557 coordinator
200 Hawthorne Lane
Charlotte, NC 28204

Telephone: 1-888-648-7999 (toll-free)
TDD/TTY: 1-800-735-8262

NovantHealth.org/home/contact-us.aspx

You may file a grievance by mail, in person at the Novant Health facility where care was provided, or by submitting the form at the link above. If you need help filing a grievance, call toll-free, 1-888-648-7999 or TDD/TTY 1-800-735-8262.

You may also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available online at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-526-4411. Select option 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.



Notice of nondiscrimination

Español (Spanish)	ATENCIÓN: Los servicios de asistencia lingüísticos, gratuitos, están disponibles para usted. Llame al 1-855-526-4411. Seleccione la opción 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
繁體中文 (Chinese)	注意：您可以享受免費的語言協助服務。請撥打1-855-526-4411。選擇選項3。TDD/TTY：1-800-735-8262。
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi 1-855-526-4411. Chọn tùy chọn 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
한국어 (Korean)	주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-526-4411 번으로 전화하십시오. 옵션 3을 선택하십시오. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
Français (French)	IMPORTANT : Des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le +1 855 526 4411. Sélectionnez l'option 3. Dispositif de télécommunication pour sourds et malentendants : +1 800 735 8262.
العربية (Arabic)	ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل على الرقم 1-855-526-4411. اختر الخيار 3. جهاز الاتصال الكتابي/الهاتف النصي: 1-800-735-8262.
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Для вас доступна бесплатная услуга языковой поддержки. Позвоните по телефону 1-855-526-4411. Выберите вариант 3. Текстовый телефон/телетайп: 1-800-735-8262.
Tagalog (Tagalog – Filipino)	ATENSYON: May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available sa iyo. Tumawag sa 1-855-526-4411. Piliin ang opsyon 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
فارسی (Farsi)	برائے توجہ: 1-855-526-4411 خدمات ترجمہ بہ طور رایگان در اختیار تان قرار دارد. با شماره 1-855-526-4411 را انتخاب کنید. تماس بگیرند. گزینه TDD/TTY: 1-800-735-8262
አማርኛ (Amharic)	ማሳሰቢያ:- የጥንቁ አርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ 1-855-526-4411 ላይ ይደውሉ። አማራጭ 3ን ይምረጡ። TDD/TTY:- 1-800-735-8262.
Deutsch (German)	HINWEIS: Es stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Wählen Sie +1 855 526 4411. Wählen Sie Option 3 aus. TDD/TTY: 1 800 735 8262.
اُردُو (Urdu)	برائے توجہ: آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ 1-855-526-4411 پر فون کریں۔ اختیار 3 چنیں۔ TDD/TTY: 1-800-735-8262
हिंदी (Hindi)	ध्यान दें: आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-526-4411 को कॉल करें। विकल्प 3 चुनें। TDD/TTY: 1-800-735-8262.
ગુજરાતી (Gujarati)	સાવધાન: તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ, વિના મૂલ્યે, ઉપલબ્ધ છે. 1-855-526-4411 પર કોલ કરો. વિકલ્પ 3 પસંદ કરો. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
বাংলা (Bengali)	মনোযোগ দিন: আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা লভ্য আছে। 1-855-526-4411 নম্বরে ফোন করুন। বিকল্প 3 নির্বাচন করুন। TDD/TTY: 1-800-735-8262।