

**Home- and Community-Based Services
Physical Disability Waiver Information Packet**
(Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad
Exención por discapacidad física Paquete de información)

La Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad por Discapacidad Física (HCBS PD) provee el financiamiento de servicios y apoyos personalizados para mantener a personas elegibles en sus propios hogares o comunidades, quienes de otra manera requerirían cuidados en una institución médica. La prestación de estos servicios debe ser económica.

Si necesita asistencia, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al **1-800-338-8366** o si se encuentra en la zona de Des Moines al **515-256-4606**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

*Si usted es sordo, tiene dificultades de audición, es sordomudo, o tiene dificultades del habla y necesita acceso a un teléfono especial, llame al Relay Iowa TTY al **1-800-735-2942**.*

Parámetros generales

- ◆ Todos los servicios de la exención HCBS deben proveerse en entornos integrados basados en la comunidad.
- ◆ Los servicios que se consideren necesarios y apropiados para satisfacer las necesidades del miembro serán determinados por un equipo interdisciplinario (IDT) conformado por el miembro, la trabajadora de servicio, los proveedores de servicio, y otras personas que elija el miembro.
- ◆ Todos los miembros tendrán un plan de servicios integrales desarrollado por la administradora de caso en colaboración con el miembro. El plan documenta las metas, los objetivos y las actividades de servicio acordados.
- ◆ Cada miembro tendrá un plan integral personalizado (ICP) desarrollado en colaboración con el IDT. Este plan documenta las metas, los objetivos y las actividades de servicio acordados. También desarrollado en conjunto con el IDT hay un plan de crisis individual que ha sido diseñado para permitir que el miembro y la familia puedan prevenir, autogestionar, remediar o terminar una crisis.
- ◆ El miembro debe tener un impedimento físico como su discapacidad.
- ◆ Como un prerrequisito de elegibilidad para la exención por discapacidad física (PD), los miembros deben acceder a todos los demás servicios apropiados para satisfacer sus necesidades para los cuales son elegibles.
- ◆ El plan de servicios integrales debe desarrollarse antes de la implementación de los servicios y debe ser revisado y actualizado anualmente.
- ◆ El miembro debe elegir los servicios HCBS como una alternativa a los servicios institucionales.
- ◆ Para recibir los servicios de la exención por discapacidad física (PD), debe haber disponible un proveedor autorizado para proveer esos servicios.
- ◆ El servicio de exención de Medicaid no puede ser reembolsado simultáneamente con otra exención de Medicaid o un servicio de Medicaid.
- ◆ Los servicios de la exención por PD no pueden entregarse cuando una persona es un paciente internado en una institución médica.
- ◆ El miembro debe necesitar y usar, como mínimo, una unidad de servicio de exención durante cada trimestre calendario del año calendario.
- ◆ El costo total de los servicios de exención de PD no puede exceder de \$705.84 por mes, excluyendo el costo de la modificación del hogar y del vehículo.
- ◆ El miembro debe ser elegible para Medicaid bajo el SSI, relacionado con SSI, FIP o grupos de cobertura relacionados con FIP, o bien, debe ser elegible bajo el nivel de ingreso especial del 300 por ciento del grupo de cobertura de Ingreso de Seguro Complementario (SSI) mensual máximo, coherente con el nivel de cuidado en una institución médica.
- ◆ A continuación se muestra el orden jerárquico para acceder a los servicios de exención:
 1. Seguro privado
 2. Medicare
 3. Medicaid y/o EPSDT (Care for Kids)
 4. Servicios de exención por PD
- ◆ La asistencia puede estar disponible a través del programa In-Home Health-Related Care (Cuidado en el Hogar Relacionado con la Salud) y el Rent Subsidy Program (Programa de Subsidio de Alquiler) además de los servicios disponibles a través de la exención por PD.

Criterios de elegibilidad del miembro

Los miembros pueden ser elegibles para los servicios de la exención HCBS PD si cumplen los siguientes criterios:

- ◆ Ser un residente de Iowa y ciudadano estadounidense o una persona nacida en el extranjero con entrada legal a los Estados Unidos.
- ◆ Tener entre 18 y 64 años de edad.
- ◆ Tener una discapacidad física.
- ◆ Ser ciego o discapacitado según lo determinado por el comprobante de los beneficios de Invalidez del Seguro Social o por una determinación de discapacidad hecha por la División de Servicios Médicos.
- ◆ Ser inelegible para la exención HCBS ID.
- ◆ Haber sido determinado elegible para Medicaid (Título XIX). Los miembros pueden ser elegibles para Medicaid antes de acceder a los servicios de exención, o bien, pueden ser determinados elegibles a través del proceso de solicitud del programa de exención. Es posible que existan oportunidades adicionales para acceder a Medicaid a través del programa de exención, incluso si previamente si hubiese determinado que el miembro no era elegible.
- ◆ Haber sido determinado por los Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise que necesita uno de los siguientes niveles de cuidado:
 - Instalación de Cuidados Intermedios (ICF)
 - Centro de enfermería especializada (SNF)
- ◆ Para la opción de elección del consumidor, no vivir en un centro de atención residencial.

Descripciones de servicios

Tenga presente lo siguiente:

Los servicios de exención de HCBS PD están diseñados para ser flexibles en satisfacer las necesidades de cada miembro. Sin embargo, las decisiones con respecto a los servicios apropiados y la cantidad de unidades o los montos de dinero de los servicios pertinentes se basan en las necesidades del miembro, según lo determinado por el equipo interdisciplinario.

Cuidados con asistente dirigidos por el consumidor (CDAC)

Qué: Asistencia con las tareas de autocuidado que el miembro normalmente haría de forma independiente si estuviera capacitado. Una persona o agencia, dependiendo de las necesidades del miembro, podría proveer el servicio. El miembro, padre, tutor, o abogado con poder notarial para el cuidado de la salud será responsable de seleccionar a la persona o agencia que proveerá los componentes de los servicios CDAC que se proveerán.

Los servicios CDAC pueden incluir la asistencia de servicios especializados y no especializados. Los servicios especializados deben prestarse bajo la supervisión de una enfermera profesional registrada o un terapeuta con licencia que trabaje bajo la dirección de un médico. La enfermera o el terapeuta serán los responsables de las acciones delegadas.

Los servicios especializados pueden incluir, entre otros:

- ◆ Alimentación por sonda,
- ◆ Terapia intravenosa,
- ◆ Inyecciones parenterales,
- ◆ Cateterizaciones,
- ◆ Cuidado respiratorio,
- ◆ Cuidado de úlceras de decúbito y otras partes ulcerosas,
- ◆ Servicios de rehabilitación,
- ◆ Cuidado de colostomía,
- ◆ Cuidado de condiciones médicas fuera de control,
- ◆ Cuidados de enfermería posoperatorios,
- ◆ Monitoreo de medicamentos,
- ◆ Preparación y monitoreo de respuesta a dietas terapéuticas, y
- ◆ Registro y reporte de cambios en signos vitales.

Los servicios no especializados pueden incluir, entre otros:

- ◆ Vestir a la persona,
- ◆ Higiene,
- ◆ Acicalar,
- ◆ Apoyos para bañarse,
- ◆ Transferencia en silla de ruedas,
- ◆ Deambulación y movilidad,
- ◆ Asistencia en el uso del baño,
- ◆ Preparación de comidas,
- ◆ Cocinar,
- ◆ Dar de comer y alimentar,
- ◆ Aseo de la casa,
- ◆ Medicamentos normalmente autoadministrados,
- ◆ Cuidado de heridas leves,
- ◆ Apoyo para el empleo,
- ◆ Asistencia cognitiva,
- ◆ Fomentar la comunicación, y
- ◆ Transporte.

Este servicio solo es apropiado si el miembro, padre, tutor o abogado con poder notarial para el cuidado de la salud tiene la potestad y la voluntad para administrar todos los aspectos del servicio.

Dónde: En el hogar o la comunidad del miembro. No en la casa del proveedor.

No incluye: Cuidado diurno, relevo, alojamiento y comida, administración de caso o supervisión CDAC no pueden sustituir a un servicio que sea más barato.

Un proveedor individual de CDAC no puede ser el beneficiario de los servicios de relevo prestados en nombre del miembro que recibe los servicios HCBS.

El costo de supervisión de una enfermera, de ser necesario

Unidad: Una unidad equivale a 15 minutos.

Unidades máximas: La administradora de caso o MCO CBCM, en colaboración con el miembro y el equipo interdisciplinario, establecen la cantidad de dinero que puede utilizarse para CDAC. Esta cantidad se ingresa en el plan de cuidados integrales junto con la información de los servicios HCBS que puede recibir el miembro. Esta información monetaria también se ingresa en el plan de servicios junto con las responsabilidades del miembro y el proveedor, y las actividades por las cuales será reembolsado el proveedor. El miembro y el proveedor acuerdan el costo por unidad. Se debe entregar una copia completa del Acuerdo al miembro, al proveedor y a la administradora de caso/MCO CBCM. El Acuerdo pasa a ser parte del plan de servicios integrales. Se deben completar estos pasos **antes** de la prestación de los servicios.

Proveedor registrado: El proveedor debe estar registrado con el Departamento y certificado como proveedor de CDAC **antes** del cumplimiento del *Acuerdo de cuidados con asistente dirigidos por el consumidor HCBS*.

Es importante que el miembro anote en su lista a más de un proveedor de CDAC. Es posible que se necesiten servicios auxiliares en caso de una emergencia.

Modificación en la casa y el vehículo (HVM)

Qué: Modificaciones físicas a la casa y el vehículo que ayuden con las necesidades de salud, seguridad y bienestar del miembro, y a aumentar o mantener su independencia. Todas las solicitudes de modificación se revisan individualmente y se toma una determinación respecto a la idoneidad de la solicitud de modificación.

Dónde: En la casa o en el vehículo del miembro. **Por favor, tenga presente que solo se incluyen las siguientes modificaciones:**

- ◆ Mesones de cocina, espacio de fregadero y gabinetes
- ◆ Adaptaciones especiales a refrigeradores, estufas y hornos
- ◆ Bañeras e inodoros para acomodar la transferencia, manijas especiales y mangueras para la regadera, controles para grifos de agua, y zonas accesibles a las duchas y lavatorios
- ◆ Barras y pasamanos
- ◆ Adaptaciones de espacio para poder girar
- ◆ Rampas, elevadores, ensanchamiento de puertas, pasillos y ventanas
- ◆ Equipo de alarma contra incendios específico para discapacitados
- ◆ Dispositivos activados por voz, sonido, luz o movimiento o electrónicos, directamente relacionados con la discapacidad del miembro
- ◆ Elevadores de vehículo, adaptaciones específicas para el conductor, sistemas de arranque remoto, incluidas las modificaciones ya instaladas en un vehículo
- ◆ Sistemas de entrada sin llave
- ◆ Dispositivo para abrir la puerta de la casa o el vehículo de forma automática
- ◆ Seguros especiales para puertas y ventanas

- ◆ Perillas y manijas de puerta especializadas
- ◆ Reemplazo del vidrio de las ventanas por Plexiglass.
- ◆ Modificación de escaleras existentes para ensanchar, bajar, elevar o cercar las escaleras abiertas
- ◆ Detectores de movimiento
- ◆ Alfombra delgada o piso antideslizante
- ◆ Dispositivo de telecomunicación para personas sordas
- ◆ Pasillo exterior de superficie dura
- ◆ Abertura para puerta nueva
- ◆ Puerta corredera
- ◆ Instalación o reubicación de controles, tomacorrientes e interruptores
- ◆ Aire acondicionado o filtrado del aire si fuera médicamente necesario
- ◆ Aumento de altura de la abertura de la puerta de garaje existente para acomodar la camioneta modificada

No incluye: Las modificaciones que aumentan los pies cuadrados de la casa, los artículos de reemplazo que son responsabilidad del propietario o arrendador de la casa, la compra de vehículo, rejas, hornos, o cualquier modificación o adaptación disponible a través del Medicaid regular.

Se excluye la compra, el arriendo o las reparaciones de un vehículo motorizado.

Unidad: Una unidad es el costo de la modificación o adaptación completada.

Máximo: El miembro es elegible hasta \$6,366.64 por año.

Sistema de respuesta ante emergencia personal (PERS)

Qué: Un dispositivo electrónico conectado a un sistema monitoreado por personal las 24 horas del día, que permite al miembro acceder a ayuda en el caso de una emergencia.

Dónde: El PERS se instala en la casa del miembro e incluye un dispositivo electrónico para uso por parte del miembro.

Unidad: Una unidad es el costo por una sola vez de la instalación **y/o** un mes de servicio.

Máximo Doce meses de servicio de acuerdo con el año fiscal del estado

Unidades: (1 de julio a 30 de junio).

Equipo médico especializado

Qué: Equipo médicamente necesario (según lo determine un profesional médico, es decir, un fisioterapeuta (PT), terapeuta ocupacional (OT), enfermero, psicólogo licenciado, terapeuta del habla, etc.) para uso personal del miembro, que provea la seguridad y la salud de la persona, pero que normalmente no recibe fondos de Medicaid; sistema educativo o programas de rehabilitación vocacional; y no son provistos por medios voluntarios.

El equipo médico especializado deberá incluir artículos médicamente necesarios que sean para uso personal de los miembros con una discapacidad física y que:

- ◆ Provean la salud y la seguridad del miembro,
- ◆ No estén habitualmente cubiertos por Medicaid,
- ◆ No estén financiados por programas de rehabilitación educacionales o vocacionales, y
- ◆ No estén provistos por medios voluntarios.

La cobertura incluye, entre otros:

- ◆ Medios y organizadores electrónicos
- ◆ Dispositivos de dispensación de medicamentos
- ◆ Dispositivos de comunicación
- ◆ Aparatos para el baño
- ◆ Unidades de control ambiental no cubiertas
- ◆ Reparación y mantenimiento de artículos comprados a través de la exención

Dónde: En el hogar o la comunidad del miembro. No en la casa del proveedor.

Unidad: Una unidad es el costo del artículo.

Máxima: Hasta \$6,366.64 por año pueden ser asignados para la compra y reparación de equipo médico especializado.

Transporte

Qué: Los servicios de transporte se pueden proveer a los miembros para:

- ◆ Llevar a cabo trámites comerciales,
- ◆ Completar las compras esenciales,
- ◆ Recibir servicios médicos no reembolsables a través del transporte médico,
- ◆ Viajar de ida y vuelta al trabajo o a los programas diarios, y
- ◆ Reducir el aislamiento social.

Dónde: En la comunidad como se identifica en el pan de servicios integrales

No incluye: Costo del transporte médico reembolsable a través de fondo de transporte para servicios médicos no urgentes.

Unidades: Las unidades son por milla, por viaje.

Opción de Elección del Consumidor (CCO)

Qué: La **Opción de Elección del Consumidor (CCO)** es una opción disponible bajo la mayoría de las exenciones HCBS. Esta opción le dará más control sobre un monto determinado de dinero de Medicaid. Usted usará este dinero para desarrollar un plan de presupuesto individual para satisfacer sus necesidades; para ello puede contratar directamente a sus empleados y comprar otros bienes y servicios.

La CCO ofrece más variedad, control y flexibilidad para abordar sus servicios, al igual que una mayor responsabilidad de su parte. Hay asistencia adicional disponible si elige esta opción. Usted deberá elegir a un Agente de Apoyo Independiente, quien le ayudará a desarrollar su presupuesto individual y a reclutar a sus empleados.

Usted también trabajará con un servicio de administración financiera que administrará su presupuesto y pagará a sus trabajadores en su nombre. Para obtener más información, comuníquese con su administradora de caso. También puede encontrar información adicional en el sitio web: <http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/consumer-choices-option>

Los servicios que podrían incluirse en un presupuesto individual bajo la CCO son:

- ◆ Cuidados con asistente (no especializado) dirigidos por el consumidor
- ◆ Modificación en la casa y el vehículo
- ◆ Equipo médico especializado
- ◆ Transporte

Dónde: En el hogar o la comunidad del miembro. No en la casa del proveedor.

No incluye: Los fondos de CCO no se pueden usar para pagar:

- ◆ Alojamiento y comida,
- ◆ Servicios de taller,
- ◆ Otra guardería infantil, y
- ◆ Artículos de entretenimiento personal.

Los bienes y servicios que se proveen a través de la CCO no se pueden entregar de otra manera a través de los servicios de plan estatal de Medicaid. Los bienes y servicios:

- ◆ Disminuirían la necesidad de otros servicios de Medicaid,
- ◆ Promoverían la inclusión en la comunidad, o
- ◆ Aumentarían su seguridad en la casa y en la comunidad.

Unidad: Se fija un monto mensual de presupuesto para cada miembro

Proceso de solicitud

El proceso de solicitud de una exención por PD requiere de un esfuerzo coordinado entre el Department of Human Services y agencias ajenas al Departamento en representación del posible miembro. Si actualmente trabaja con personal de DHS, por favor comuníquese con esa persona respecto al proceso de solicitud.

Responda inmediatamente a la correspondencia proveniente de una trabajadora de mantenimiento de ingresos o administradora de caso/MCO CBCM. Esto reducirá la cantidad necesaria de tiempo para completar el proceso de solicitud y ayudará en la comunicación.

1. La solicitud de Medicaid (Título XIX) y de la exención por PD se hace con una trabajadora de mantenimiento de ingresos (IM) en la oficina local de DHS. La documentación solicitada podría incluir:
 - ◆ Registros financieros
 - ◆ Tarjeta de Título XIX
 - ◆ Carta de elegibilidad de Medicaid
 - ◆ Verificación de elegibilidad para Ingreso de Seguro Complementario (SSI), Seguro de Invalidez del Seguro Social (SSDI) o Asistencia Complementaria del Estado (SSA), si corresponde. Si actualmente no recibe asistencia, se le pedirá que haga una solicitud en la oficina del Seguro Social.
2. Se contactará al solicitante para programar una evaluación. La evaluación se debe completar como uno de los requisitos de elegibilidad para obtener la exención. El evaluador enviará la evaluación

realizada a los Servicios Médicos de Iowa Medicaid Enterprise (IME). Los Servicios Médicos de IME revisarán la documentación enviada y tomarán una determinación respecto a si el solicitante cumple o no los criterios estipulados de nivel de cuidado.

3. Los Servicios Médicos de IME revisarán la evaluación de HCBS para determinar si las necesidades del miembro requieren un nivel de cuidado intermedio o especializado.

Si el miembro no reúne los requisitos de nivel de cuidado, la trabajadora de IM enviará un *Aviso de Decisión (NOD)* donde se indicará al miembro la denegación del servicio. El miembro tiene el derecho de apelar la decisión. El proceso de apelación se explica en el Aviso de Decisión (*NOD*).

4. Se debe completar una evaluación anualmente. Si el miembro está inscrito en una MCO, entonces la MCO tomará la determinación anual de nivel de cuidado después de la evaluación. Si el miembro es de pago por servicio (FFS), entonces IME tomará la determinación anual de nivel de cuidado después de la evaluación.
5. Se lleva a cabo una reunión del equipo interdisciplinario para determinar los servicios que se necesitan, la cantidad de los servicios que deben entregarse y los proveedores de los servicios. La reunión del equipo interdisciplinario también contará con la presencia del miembro, la administradora de caso/trabajadora de servicio de DHS, y otras personas de apoyo que el miembro puede elegir. El resultado final de las decisiones del equipo interdisciplinario será un plan de servicios integrales desarrollado por la administradora de caso/trabajadora de servicios de DHS.
6. La firma y fecha de la administradora de caso en el plan de servicios integrales indica la aprobación del miembro para recibir los servicios de exención por PD.

Recuperación de patrimonio

Referencia legal para la recuperación del patrimonio: 441 IAC 75.28(7)

La recuperación del patrimonio se aplica a todas las personas que recibieron Medicaid a partir del 1 de julio de 1994 y que tienen 55 años o más, o que viven en un centro médico y no se puede esperar razonablemente que regresen a casa. Esto incluye a los miembros en los programas de exención, como el Elderly Waiver Program (Programa de exención para personas mayores) y el Medically Needy Program (Programa para personas con necesidades médicas).

Cuando fallece un miembro de Medicaid, los activos de su patrimonio se utilizan para reembolsar al estado los costos pagados por la asistencia médica. Esto incluye el monto total de los pagos de capitación hechos a una Organización de Cuidados Administrados (MCO) por cobertura médica y dental, independientemente del uso del servicio o cuánto pagó la entidad de cuidados administrados por los servicios.

También se puede encontrar información adicional en el sitio web:

<https://dhs.iowa.gov/ime/members/members-rights-and-responsibilities/estate-recovery>

o contacte a:

**Servicios para Miembros de Medicaid al 800-338-8366
515-256-4606 (área de Des Moines)**

o

**Iowa Estate Recovery Program (Programa de Recuperación del Patrimonio de Iowa) al
1-877-463-7887**

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

La discriminación es contra la ley

El Iowa Department of Human Services (DHS) cumple con las leyes federales sobre los derechos civiles que exigen proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes, y no discrimina basándose en su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. DHS no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

DHS:

- ◆ Provee medios y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- ◆ Provee servicios lingüísticos gratuitos para las personas que no hablan inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 1-800-338-8366.

Si usted cree que el DHS no le ha entregado estos servicios o que de otro modo lo ha discriminado debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a: DHS, Office of Human Resources; para ello envíe un correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us o escriba a:

DHS Office of Human Resources
Hoover State Office Building, 1st floor
1305 East Walnut Street
Des Moines, IA 50319-0114

Puede presentar su queja formal en persona, por correo o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, la Oficina de Recursos Humano del DHS está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electrónicamente a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo o por teléfono en:

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)

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

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-338-8366 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-800-735-2942).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

مکبلاو: (1-800-735-2942). ٺٺوالم: اذٺ تٺك ٺذحتت ركذا ٺغلا، نٺف تامدخ ٺدعاسملا ٺيوغلا رفاروتت كل نٺجلاب. لصتا مقرب (1-800-338-8366) مقرب
فتاه مصلا

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942) 전화해 주십시오.

ध्यान दः य द आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942) पर कॉल कर ।

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-338-8366 (ATS: 1-800-735-2942).

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helfft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

ເສີນ: ຖ້າທ່ານພາສາໄທຍທ່ານສາມາດໃຊ້ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງພາສາໄດ້ຟຣີ ໂທ 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

ပတ်သည့်ပတ်သေး- နမူကတိ ကညီ ကျိအလိ, နမူနို ကျိအတိမၤစၤလၤ တလၢ်ဘူၣ်လၢ်စ့ၤ နီတံၤဘၣ်သ့ၣ်န့ၣ်လီၤ. ကိ: 1-800-338-8366 (TTY: 1-800-735-2942).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-338-8366 (телетайп: 1-800-735-2942).