

Những Thay Đổi Sắp Tới Trong
Chương Trình Cal MediConnect của Chương trình Santa Clara Family Health Plan
(Chương Trình Medicare-Medicaid)
Danh Sách Thuốc 2022

Cập nhật 2/1/2022

Chương trình Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) có thể bổ sung hoặc loại bỏ các loại thuốc trong danh mục thuốc (danh sách thuốc) của chúng tôi trong suốt năm nay hoặc bổ sung các quy định về việc liệu một số loại thuốc nhất định có được bao trả hay không hoặc khi nào được bao trả.

Nếu SCFHP loại bỏ một loại thuốc được bao trả hoặc thay đổi bất kỳ điều gì trong danh sách thuốc, SCFHP sẽ đăng những thay đổi đó trên trang web của chúng tôi và thông báo cho các hội viên bị ảnh hưởng ít nhất sáu mươi (60) ngày trước ngày thay đổi có hiệu lực. Tuy nhiên, nếu Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (Food and Drug Administration, FDA) tuyên bố rằng một loại thuốc mà quý vị đang sử dụng không an toàn, hoặc nếu nhà sản xuất loại thuốc đó loại bỏ thuốc ra khỏi thị trường, chúng tôi sẽ bỏ loại thuốc đó ra khỏi danh sách thuốc ngay lập tức. Chúng tôi cũng sẽ gửi thư thông báo cho quý vị về điều đó.

Biểu đồ dưới đây có thông tin về những thay đổi sắp tới trong danh sách thuốc của SCFHP Cal MediConnect Plan. Những thay đổi này có thể ảnh hưởng đến quý vị.

Ngày có hiệu lực	Tên thuốc	Loại thay đổi	Lý do thay đổi	Các loại thuốc thay thế
1/1/2022	AFINITOR 10 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	EVEROLIMUS 10 MG ORAL TABLET-1
1/1/2022	AFINITOR DISPERZ 2 MG ORAL TAB SUSP	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	EVEROLIMUS 2 MG ORAL TAB SUSP-1
1/1/2022	AFINITOR DISPERZ 3 MG ORAL TAB SUSP	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW	EVEROLIMUS 3 MG ORAL TAB SUSP-1

Ngày có hiệu lực	Tên thuốc	Loại thay đổi	Lý do thay đổi	Các loại thuốc thay thế
			GENERIC EQUIVALENT	
1/1/2022	AFINITOR DISPERZ 5 MG ORAL TAB SUSP	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	EVEROLIMUS 5 MG ORAL TAB SUSP-1
1/1/2022	BYSTOLIC 10 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	NEBIVOLOL HCL 10 MG ORAL TABLET-1
1/1/2022	BYSTOLIC 2.5 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	NEBIVOLOL HCL 2.5 MG ORAL TABLET-1
1/1/2022	BYSTOLIC 20 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	NEBIVOLOL HCL 20 MG ORAL TABLET-1
1/1/2022	BYSTOLIC 5 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	NEBIVOLOL HCL 5 MG ORAL TABLET-1
1/1/2022	CHANTIX 0.5 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW	VARENICLINE TARTRATE 0.5 MG ORAL TABLET-1

Ngày có hiệu lực	Tên thuốc	Loại thay đổi	Lý do thay đổi	Các loại thuốc thay thế
			GENERIC EQUIVALENT	
1/1/2022	CHANTIX 1 MG ORAL TABLET	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	VARENICLINE TARTRATE 1 MG ORAL TABLET-1
1/1/2022	DUREZOL 0.05 % OPHTHALMIC DROPS	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	DIFLUPREDNATE 0.05 % OPHTHALMIC DROPS-1
1/1/2022	PAXIL 10 MG/5 ML ORAL ORAL SUSP	BRAND DELETION, ADD FRF GENERIC	REMOVAL OF BRAND NAME DRUG FROM FORMULARY DUE TO ADDITION OF NEW GENERIC EQUIVALENT	PAROXETINE HCL 10 MG/5 ML ORAL ORAL SUSP-1
3/1/2022	ZOSTAVAX 19400 UNIT SUBCUTANE. VIAL	REMOVAL DUE TO U.S. MARKET AVAILABILITY (NON SAFETY RELATED)	REMOVAL DUE TO U.S MARKET AVAILABILITY (NON-SAFETY RELATED)	N/A

Những điều quý vị và bác sĩ của quý vị có thể làm

Chúng tôi thông báo cho quý vị về những thay đổi này để quý vị và bác sĩ của quý vị có thời gian (ít nhất 60 ngày) để quyết định nên làm gì.

Tùy thuộc vào loại thay đổi, có thể có một số lựa chọn khác nhau để cân nhắc. Ví dụ:

- Bác sĩ của quý vị có thể tìm thấy một loại thuốc khác trong danh sách thuốc của SCFHP Cal MediConnect cũng có hiệu quả tốt với quý vị.
- Quý vị và bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu chương trình thực hiện một ngoại lệ dành cho quý vị. Điều này có nghĩa là yêu cầu chúng tôi chấp thuận việc không áp dụng thay đổi sắp tới về bao trả một loại thuốc với quý vị.
 - Bác sĩ của quý vị sẽ cần cho chúng tôi biết lý do tại sao việc thực hiện một ngoại lệ dành cho quý vị là cần thiết về mặt y tế.
 - Để biết những việc quý vị cần làm nhằm yêu cầu một ngoại lệ, hãy xem Sổ tay Hội viên Cal MediConnect của SCFHP.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi trong việc loại bỏ hoặc thay đổi bao trả cho bất kỳ loại thuốc nào, quý vị cũng có thể nộp đơn kháng nghị với chúng tôi. Vui lòng gọi Phòng Dịch vụ Khách hàng nếu quý vị muốn nộp đơn kháng nghị. Quý vị cũng có thể muốn gửi đơn kháng nghị bằng văn bản cho chúng tôi qua đường bưu điện đến:

Attn: Grievances and Appeals
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Để biết thêm thông tin về cách nộp đơn kháng nghị, hãy xem Sổ tay Hội viên Cal MediConnect của SCFHP.

Nếu quý vị có câu hỏi

Hãy gọi 1-877-723-4795, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Người dùng TTY/TDD nên gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711. Cuộc gọi được miễn phí.

Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan (Chương Trình Medicare-Medicaid) là một chương trình bảo hiểm sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các phúc lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh tham gia.

Phân biệt đối xử là hành vi trái pháp luật. Chương Trình Cal MediConnect (Chương Trình Medicare-Medicaid) của Santa Clara Family Health Plan (SCFHP Cal MediConnect) tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang. Cal MediConnect của SCFHP không phân biệt đối xử một cách trái pháp luật, loại trừ mọi người hay đối xử với họ khác biệt vì giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tinh thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới hay khuynh hướng tính dục.

Cal MediConnect của SCFHP cung cấp:

- Hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ trao đổi thông tin tốt hơn, như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có chuyên môn
 - Thông tin được viết dưới định dạng khác (bản in chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là Tiếng Anh như:
 - Thông dịch viên có chuyên môn
 - Thông tin trên văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ với Cal MediConnect của SCFHP từ 8 giờ 30 phút sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu bằng cách gọi theo số 1-877-723-4795. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ ràng, vui lòng gọi đến 711. Khi có yêu cầu, thông tin này sẽ được in bằng chữ nổi braille, trên bản in khổ lớn, băng ghi âm hoặc định dạng điện tử. Để nhận một trong số các bản sao ở định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc viết thư gửi đến:

**Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158
1-877-723-4795 (TTY: 711)**

CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu quý vị tin rằng Cal MediConnect của SCFHP đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác dựa trên cơ sở giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tinh thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới hay khuynh hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Cal MediConnect của SCFHP. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại bằng cách gọi điện, viết thư, trực tiếp hoặc qua hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Hãy liên hệ với Cal MediConnect của SCFHP từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu bằng cách gọi số 1-877-723-4795. Hoặc nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ ràng, vui lòng gọi đến 711.
- Gửi thư: Điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến địa chỉ:

**Attn: Grievance and Appeals Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119**

- Trực tiếp: Hãy đến văn phòng bác sĩ của quý vị hoặc Cal MediConnect của SCFHP và nói là quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.
- Dưới dạng điện tử: Truy cập trang web của Cal MediConnect của SCFHP tại địa chỉ www.scfhp.com.

VĂN PHÒNG PHỤ TRÁCH DÂN QUYỀN – SỞ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CALIFORNIA **(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California qua điện thoại, viết thư hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi theo số **916-440-7370**. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi **711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông)**.
- Gửi thư: Hãy điền thông tin vào biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:

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

Các biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Dưới dạng điện tử: Gửi email tới CivilRights@dhcs.ca.gov.

VĂN PHÒNG PHỤ TRÁCH DÂN QUYỀN – BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ **(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền bằng cách gọi điện, viết thư hoặc qua định dạng điện tử:

- Qua điện thoại: Hãy gọi số **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- Gửi thư: Hãy điền thông tin vào biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:

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

Mẫu đơn khiếu nại có thể tải về tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Dưới dạng điện tử: Truy cập Cổng Thông Tin Điện Tử của Office for Civil Rights tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. These services are free of charge.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (TTY: 711). También hay ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y en letra grande. Llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (TTY: 711). Estos servicios no tienen costo.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-877-723-4795, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (TTY: 711). Cũng có các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và bản in chữ lớn. Hãy gọi 1-877-723-4795, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

简体中文标语 (Chinese)

注意：如您需要所说语言的协助，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)。我们还为残障人士提供盲文版和大字版文件等相关帮助和服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)。这些服务均免费提供。

Tagalog Tagline (Tagalog)

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

الشعار بالعربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى الحصول على المساعدة بلغتك، فاتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والصم (TTY: 711) المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والطباعة الكبيرة، متوفرة أيضًا. اتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، 8 صباحًا إلى 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والصم (TTY: 711) يتم تقديم هذه الخدمة مجانًا.)

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց համար, ինչպես՝ բրայլի այբուբենով և խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

ພາສາຊາວກຳປູເຈຍ (Cambodian)

កំណត់ចំណាំ: កំណត់ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទមកលេខ-723-877-1 4795 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៨ យប់។ (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងការបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយមានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទមកលេខ 4795-723-877-1 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ៨ ល្ងាច។ (TTY: 711) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر نیاز به دریافت کمک به زبان خودتان دارید، از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 1-877-723-4795 تماس بگیرید. (TTY: 711). کمک و خدمات رسانی به کسانی که ناتوانی خاصی دارند، مثلاً چاپ اسناد با خط بریل و حروف بزرگ نیز امکان پذیر است. از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 1-877-723-4795 تماس بگیرید. (TTY: 711). این خدمات رایگان هستند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें :यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है ,तो सोमवार से शुक्रवार ,प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 4795-723-877-1 पर कॉल करें। (TTY: 711) विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं ,जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। सोमवार से शुक्रवार ,प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 4795-723-877-1 पर कॉल करें। (TTY: 711)ये सेवाएं नि:शुल्क रूप से उपलब्ध हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau 1-877-723-4795, Hlub Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab luam kom loj, puav leej muaj. Hu rau 1-877-723-4795, Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意: 母国語での対応が必要な場合は、月～金の午前8時～午後8時の時間帯で 1-877-723-4795 (TTY: 711) にお問い合わせください。視覚障害者向けに点字や大活字の文書などの支援サービスも利用できます。月～金の午前8時～午後8時の時間帯で 1-877-723-4795 (TTY: 711) にお問い合わせください。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

한국어 태그라인 (Korean)

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오(월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시). (TTY: 711). 장애인을 위한 지원과 서비스(예: 브라우 점자 문서, 큰 활자)도 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오 (월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시). (TTY: 711). 서비스는 무료입니다.

ແຫາໄລພາສາລາວ (Laotian)

ແຈ້ງເຕືອນ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ 1-877-723-4795, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ກໍ່ມີເຊັ່ນກັນ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-723-4795, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

Mien Tagline (Mien)

CAU FIM JANGX LONGX: Beiv taux meih qiemx zuqc heuc tengx faan benx meih nyei fingz waac nor douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Mbenc maaih sou-nzangc benx nzangc-pokc aengx caux aamz benx domh sou-daan liouh bun wuaaic fangx mienh longc. Douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Naaiv se baeqc benx wang-henh nzie weih gong maiv zuqc feix zinh nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ :ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ,ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ-1 ' 4795-723-877 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711) ਵਿਕਲਾਂਗ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ,ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ,ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 4795-723-877-1 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711)ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия TTY:711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 1-877-723-4795 วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีบริการความช่วยเหลือสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-877-723-4795 วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА. Ви можете отримати довідку вашою мовою, зателефонувавши за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Також доступна допомога та послуги для осіб з обмеженими фізичними можливостями, наприклад документи, надруковані великим шрифтом або шрифтом Брайля. Телефонуйте за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Ці послуги надаються безкоштовно.