

**Biểu mẫu này không bắt buộc.** Chương trình DualConnect (HMO D-SNP) của Santa Clara Family Health Plan (SCFHP DualConnect) có thể giúp quý vị điền vào biểu mẫu này hoặc quý vị có thể thực hiện khiếu nại hoặc kháng nghị bằng lời nói bằng cách gọi đến Phòng Dịch Vụ Khách Hàng theo số **1-877-723-4795 (TTY: 711)**, 7 ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Sẽ có người gọi điện cho quý vị ngay sau khi chúng tôi nhận được biểu mẫu này. Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị bằng mọi cách có thể và trả lời bất kỳ câu hỏi nào từ quý vị. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị bằng bất cứ ngôn ngữ nào.

Tên Hội Viên: \_\_\_\_\_

Số ID Hội Viên: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Nhà: \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại Di Động: \_\_\_\_\_

Tên người điền biểu mẫu nếu khác với ở trên: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Ngày gặp vấn đề: \_\_\_\_\_

Miêu tả chi tiết vấn đề (sử dụng mặt sau của trang này nếu quý vị cần thêm chỗ trống để viết):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quý vị muốn ai đó sẽ làm điều gì cho vấn đề này?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quý vị có cần hỗ trợ ngôn ngữ không?

Có  Không Tùy chọn ngôn ngữ: \_\_\_\_\_

Quý vị có gặp phải vấn đề nào cần chăm sóc y tế trong vòng 72 giờ kế tiếp hay quý vị đang đau nhức dữ dội?

Có  Không

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chữ ký\*: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

\* Nếu được ký bởi một người không phải hội viên, SCFHP cần phải có bản sao của mẫu đơn Chỉ Định Đại Diện (Appointment of Representative, AOR) có chữ ký hoặc một thông báo tương tự bằng văn bản. Quý vị có thể tìm bản sao biểu mẫu AOR trên trang mạng của chúng tôi tại [www.scfhp.com/dualconnect](http://www.scfhp.com/dualconnect).

**SCFHP USE ONLY**

Grievance

Appeal

SCFHP RECEIPT DATE/TIME: \_\_\_\_\_

## **Quý vị có thể nhận trợ giúp từ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California (California Department of Managed Health Care)**

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý California có trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại về chương trình bảo hiểm sức khỏe, quý vị nên gọi điện cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước theo số **1-877-723-4795** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình trước khi liên lạc với sở. **Việc sử dụng quy trình khiếu nại không cấm bất kỳ quyền pháp lý hay biện pháp khắc phục tiềm ẩn nào có thể sẵn có cho quý vị.**

Nếu quý vị cần trợ giúp về khiếu nại liên quan đến một trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hay khiếu nại vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho Sở để được hỗ trợ.

Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để được Đánh Giá Y Tế Độc Lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận IMR, quy trình IMR sẽ duyệt xét một cách khách quan về những quyết định y tế do một chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc liệu pháp điều trị được đề xuất, những quyết định đòi hỏi cho việc điều trị mang tính nghiên cứu hoặc thử nghiệm, cũng như những tranh chấp về việc chi trả cho các dịch vụ y tế khẩn cấp hay cấp cứu.

Sở cũng có số điện thoại miễn cước (**1-888-466-2219**) và đường dây TTY (**1-877-688-9891**) dành cho người bị suy giảm thính giác và khả năng nói. Trang mạng của sở **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)** có các biểu mẫu khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

Đối với các vấn đề khẩn cấp, quý vị có thể gọi trước cho Sở mà không cần nộp đơn khiếu nại cho chương trình sức khỏe của quý vị.

Là người thụ hưởng Medi-Cal, quý vị có thể yêu cầu một phiên Điều Trần Tiểu Bang. Nếu quý vị quyết định yêu cầu phiên điều trần, quý vị phải thực hiện điều này trong vòng 120 ngày theo lịch kể từ ngày gửi thông báo của quý vị. Vui lòng liên hệ với SCFHP để nhận các biểu mẫu quý vị cần. Các biểu mẫu này cũng có sẵn tại Cơ Quan Dịch Vụ Xã Hội (Department of Social Services) của Quận Santa Clara. Thông tin về Điều Trần Tiểu Bang cũng có sẵn tại:

- Điện thoại: **1-800-952-5253**  
TTY: **1-800-952-8349**
- Qua thư: California Department of Social Services  
State Hearings Division  
PO Box 944243, MS 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

## **Nhận trợ giúp từ Medicare**

Quý vị có thể gọi trực tiếp cho Medicare để được trợ giúp các vấn đề. Đây là hai cách để nhận trợ giúp từ Medicare:

- Điện thoại: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.  
TTY: **1-877-486-2048**. Cuộc gọi được miễn phí.
- Trang mạng: **[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)**

## **Quý vị có thể nhận trợ giúp từ Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (Quality Improvement Organization, QIO)**

Tiểu bang của chúng ta có một tổ chức có tên là Tổ Hợp Chăm Sóc Lấy Người Thụ Hưởng và Gia Đình Làm Trung Tâm (Beneficiary and Family Centered Care, BFCC) - Tổ Chức Cải Thiện Chất Lượng (QIO) của Livanta. Đây là một nhóm các bác sĩ và chuyên gia y tế khác nhằm giúp cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho những ai tham gia chương trình Medicare.

Liên hệ BFCC-QIO của Livanta nếu quý vị gặp vấn đề về chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được, nếu quý vị nghĩ rằng thời gian nằm viện của quý vị kết thúc quá sớm hoặc quý vị nghĩ rằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng kỹ năng hoặc cơ sở phục hồi chức năng ngoại trú toàn diện (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) của quý vị kết thúc quá sớm. BFCC-QIO của Livanta không có kết nối với chương trình của chúng tôi.

- Điện thoại: **1-877-588-1123**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần.  
TTY: **1-855-877-6668**, số điện thoại này dành cho người có vấn đề về thính giác hoặc khả năng nói. Quý vị phải có thiết bị điện thoại đặc biệt để gọi vào số máy này
- Fax: Kháng nghị: **1-855-694-2929**  
Tất cả các đánh giá khác: **1-844-420-6672**
- Qua thư: Livanta BFCC-QIO  
10520 Guilford Road, Suite 202  
Annapolis Junction, MD 20701
- Trang mạng: **[www.livanta.com](http://www.livanta.com)**

---

DualConnect của Santa Clara Family Health Plan là một chương trình HMO D-SNP có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh tham gia DualConnect phụ thuộc vào tình trạng gia hạn hợp đồng.



Phân biệt đối xử là hành vi trái pháp luật. Santa Clara Family Health Plan DualConnect (HMO D-SNP) (SCFHP DualConnect) tuân thủ các luật về dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang. SCFHP DualConnect không phân biệt đối xử bất hợp pháp, loại trừ hay đối xử với mọi người một cách khác biệt do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật về tinh thần, tình trạng khuyết tật về thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục.

SCFHP DualConnect 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 khả năng
  - Thông tin bằng văn bản dưới các 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 khả năng
  - Thông tin dạng văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ với SCFHP DualConnect từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, 7 ngày một tuần bằng cách gọi đến số 1-877-723-4795. Hoặc nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ ràng, vui lòng gọi đến 711. Khi có yêu cầu, thông tin này sẽ được cung cấp bằng chữ nổi braille, bản in chữ 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 SCFHP DualConnect đã không cung cấp những dịch vụ trên hoặc phân biệt đối xử bất hợp pháp theo cách khác dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật về tinh thần, tình trạng khuyết tật về thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, bản dạng giới hoặc xu hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với SCFHP DualConnect. 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: Liên hệ với SCFHP DualConnect từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, 7 ngày một tuần bằng cách gọi đến số 1-877-723-4795. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ ràng, vui lòng gọi đến 711.
- Bằng văn bản: Điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn than phiền 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 SCFHP DualConnect và cho biết quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.

- Bảng phương thức điện tử: Truy cập trang web của SCFHP DualConnect tại địa chỉ [www.scfhp.com/dualconnect](http://www.scfhp.com/dualconnect).

---

## **VĂN PHÒNG 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 Dân Quyền của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California qua điện thoại, viết thư hoặc bằng phương tiện điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số 916-440-7370. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi 711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông).
- Bảng văn bản: Hãy điền thông tin vào mẫu đơn than phiền 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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Bảng phương thức điện tử: Gửi email tới [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

## **VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN 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 Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ bằng cách gọi điện, viết thư, hoặc qua phương tiện điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số 1-800-368-1019. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY/TDD 1-800-537-7697.
- Bảng văn bản: Hãy điền thông tin vào mẫu đơn than phiền 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>.

- Bảng phương thức điện tử: Truy cập Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English – ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-723-4795 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-723-4795 (TTY: 711). These services are free of charge.

Mensaje en español (Spanish) – ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-723-4795 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-723-4795 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese) – CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-723-4795 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-723-4795 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

简体中文标语 (Chinese) – 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-723-4795 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-877-723-4795 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

Tagalog – ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-723-4795 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-723-4795 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-877-723-4795 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ 1-877-723-4795 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian) – ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-723-4795 (TTY: 711) : Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված կյութեր: Չանզանահարեք 1-877-723-4795 (TTY: 711) : Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian) – ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពផ្ទះ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

(Farsi)مطلب به زبان فارسی

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi) – ध्यान दें :अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-723-4795 (TTY: 711) (पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं ,जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-877-723-4795 (TTY: 711) (पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong) – CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-723-4795 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-723-4795 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese) – 注意日本語での対応が必要な場合は 1-877-723-4795 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-877-723-4795 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean) – 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-877-723-4795 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-877-723-4795 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian) – ບະກາດ : ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-723-4795 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-723-4795 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien – LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-877-723-4795 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzungc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-877-723-4795 (TTY: 711). Naaiv deix nzie Weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi) – ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-723-4795 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-723-4795 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian) – ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-723-4795 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-723-4795 (линия ТТУ:711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai) – โปรดทราบ :หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-723-4795 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-723-4795 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian) – УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-723-4795 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-723-4795 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.