

تعيين أو تغيير أو حذف ممثل معتمد: شخص (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

املاً نموذج تعيين أو تغيير أو حذف ممثل معتمد: شخص، F-10126A، وقم بإرساله لتعيين أو تغيير أو حذف شخص بصفته الممثل المعتمد الخاص بك. لتعيين منظمة بصفته الممثل المعتمد، املاً النموذج نموذج تعيين أو تغيير أو حذف ممثل معتمد: منظمة، F-10126B، بدلاً من ذلك وقم بإرساله.

إذا كان هناك وصي قانوني على الممتلكات، أو وصي قانوني على الشخص والممتلكات، أو قيم، فيجب على هذا الشخص تعيين ممثل مفوض لك إذا كنت ترغب في أن يكون شخص ما ممثلك المفوض بالإضافة إليه. إذا كان لديك توكيل رسمي دائم مفعل للشؤون المالية، فيمكنك أنت أو وكيلك تعيين ممثل مفوض.

لا يمكن للوصي القانوني على الشخص تعيين ممثل مفوض لأجلك إلا إذا منحتة مستندات المحكمة التي عينت الوصي القانوني على الشخص صلاحية التصرف بالنيابة عنك فيما يتعلق بأهليتك ومساعداتك في برامج المساعدة العامة.

وكيل الرعاية الصحية الرسمي لا يملك القدرة على التصرف بالنيابة عنك في تعيين الممثل المفوض.

لن تُستخدم معلومات الهوية الشخصية المقدمة في هذا النموذج إلا للإدارة المباشرة لبرامج Wisconsin Medicaid، وBadgerCare Plus، وFoodShare، وSeniorCare، وFamily Planning Only Services، وCaretaker Supplement.

معلومات الممثل المعتمد

الممثل المعتمد هو شخص على علم بظروف أسرتك وتثق في تصرفه بالنيابة عنك. ويمكن لأي شخص العمل كممثل معتمد باستثناء ما يلي:

- لا يمكن للأشخاص المستبعدين بسبب انتهاك برنامج FoodShare عن عمد العمل كممثلين معتمدين أثناء فترة استبعادهم ما لم يوجد أحد آخر يمكنه العمل كممثل معتمد.
- لا يمكن لمزودي المشردين بالوجبات العمل كممثلين معتمدين عن وحدة إطعام المشردين. (وحدة الإطعام هي شخص أو أكثر يعيشون معاً ويشتررون الطعام ويعودونه سوياً).
- لا يجوز لموظفي الوكالة الذين يساعدون في تحديد الأهلية أو المساعدات العمل كممثلين معتمدين. ويمكن منحهم موافقة خطية خاصة للعمل كممثلين معتمدين في حالات معينة.
- لا يجوز لتجار التجزئة المعتمدين لقبول مساعدات FoodShare العمل كممثلين معتمدين.

وبمجرد تعيينهم، يجوز لممثلك المعتمد القيام بأي من وكل من ما يلي بالنيابة عنك:

- التقدم للحصول على المساعدات أو تجديدها
- الإبلاغ عن أي تغيير في معلوماتك
- العمل مع وكالتك بخصوص أي أمور ذات صلة بالمساعدات التي تحصل عليها
- تقديم التظلمات والاستئنافات بخصوص أهليتك للبرامج التي تتقدم للحصول عليها أو المسجل فيها

يمكنك أيضاً اختيار حصول ممثلك المعتمد على نسخ من الخطابات المتعلقة بأهليتك والمساعدات التي تحصل عليها، والحصول على بطاقة ForwardHealth، والعمل مع خدمات أعضاء ForwardHealth وHMO (منظمة صيانة الصحة) بالنيابة عنك، وتقديم التظلمات والاستئنافات المتعلقة بخدمات رعايتك الصحية (العلاج والفواتير، على سبيل المثال).

لست في حاجة إلى مطالبة الممثل المعتمد بالتقدم للحصول على المساعدات أو الحصول عليها.

FoodShare، وBadgerCare Plus، وWisconsin Medicaid: يمكن للممثل المفوض الذي تعينه في هذا النموذج التصرف نيابةً عنك في أي من البرامج التالية Wisconsin إذا كنت مسجلاً في أي من هذه البرامج وفي برنامج Caretaker Supplement، وFamily Planning Only Services، وSeniorCare، وW-2. فيجوز للممثل المفوض عنك أيضاً التصرف نيابةً عنك في كل ما يخص برنامج W-2.

لا يمكن للممثل المعتمد الذي عينته في هذا النموذج التصرف بالنيابة عنك فيما يتعلق ببرنامج Wisconsin Shares Child Care Subsidy. وإذا تقدمت للحصول على Wisconsin Shares، فستحتاج للتقدم بنفسك.

تعليمات النموذج

إذا كانت المعلومات المطلوبة في هذا النموذج مفقودة، بما في ذلك التوقيعات، فسيُعتبر النموذج غير مكتمل، وسيُعدر على ممثلك المعتمد التصرف بالنيابة عنك.

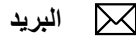
القسم 1 — يجب أن تكمل القسم 1. وستحتاج إلى اختيار إذا ما كنت تقوم بتعيين أو تغيير أو حذف الممثل المعتمد. كما ستحتاج إلى تقديم اسمك وتاريخ ميلادك حتى نتمكن من التعرف عليك. إذا كنت تقوم بتعيين أو تغيير ممثل معتمد، فاختر إذا ما كنت ترغب في حصول ممثلك المعتمد على نسخ من خطاباتك. وإذا كنت تتقدم أيضاً للحصول على برنامج رعاية صحية أو مسجل فيه، فاختر إذا ما كنت تريد السماح لممثلك المعتمد باتخاذ المزيد من الإجراءات بالنيابة عنك. وتأكد من قراءة ترخيص المعلومات الصحية المحمية والموافقة عليه قبل اختيار نعم. بعد ذلك، اقرأ إقرارات التفهّم. وفي حال الموافقة، قم بتوقيع وتاريخ النموذج.

القسم 2 — يجب على ممثلك المعتمد إكمال القسم 2. وسيتوجب على ممثلك المعتمد توفير اسمه ومعلومات الاتصال الخاصة به. كما سيتوجب عليه قراءة إقرارات التفهم وتوقيع وتأريخ النموذج في حال موافقته عليها.

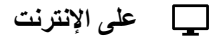
القسم 3 — إذا كنت تقوم بتعيين أو تغيير الممثل المعتمد، فستحتاج إلى وجود شخص بجانب الممثل المعتمد للتأكد من توقيعك لهذا النموذج. يُطلق على هذا الشخص الشاهد. وفي حال توقيعك هذا النموذج بـ "X"، فيجب تأكيد شاهدين على توقيعك النموذج. وسيتوجب على الشاهد أو الشاهدين توفير أسمائهم وتوقيعهم وتأريخ توقيعهم للنموذج.

إرسال النموذج

يمكنك إرسال النموذج الكامل الخاص بك بأحد الطرق التالية:



البريد



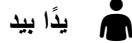
على الإنترنت

• إذا كنت تعيش في مقاطعة **Milwaukee**، فأرسل النموذج بالبريد إلى العنوان:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

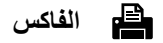
امسح كل صفحات النموذج إلى ACCESS. ويمكنك القيام بذلك من خلال حساب ACCESS، الذي يمكنك تسجيل الدخول إليه على access.wi.gov. (ملاحظة: إذا لم يكن لديك حساب ACCESS، فيمكنك الوصول إلى access.wi.gov وإنشاء حساب).

• إذا كنت لا تعيش في مقاطعة **Milwaukee**، فأرسل النموذج بالبريد إلى العنوان:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

ملاحظة: لا يمكن مسح النماذج ضوئياً إلى ACCESS إلا في أوقات معينة. وإذا لم تتمكن من مسح النموذج ضوئياً إلى ACCESS، فقم بإرسال النموذج باستخدام إحدى الطرق الأخرى.



يداً بيد



الفاكس

خذ النموذج إلى الوكالة الخاصة بك. توجد معلومات الاتصال الخاصة بوكالتك على موقع **Department of Health Services** (إدارة الخدمات الصحية) (DHS) على dhs.wi.gov/im-agency.

إذا كنت تعيش في مقاطعة **Milwaukee**، فأرسل النموذج بالفاكس على الرقم 888-409-1979.
إذا كنت لا تعيش في مقاطعة **Milwaukee**، فأرسل النموذج بالفاكس على الرقم 855-293-1822.

للمزيد من المعلومات عن الممثلين المعتمدين، اذهب إلى موقع DHS على www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.



يُعبأ بمعرفة مقدم الطلب/العضو

القسم 1

أقوم أنا:

☐ بتعيين ممثل معتمد. يجب أن تقوم بتعبئة القسم 1 بالكامل.

☐ بتغيير الممثل المعتمد الخاص بي. يجب أن تقوم بتعبئة القسم 1 بالكامل. وتأكد من كتابة اسم ممثلك المعتمد الجديد في الجزء (ب).

☐ بحذف الممثل المعتمد الخاص بي. يجب أن تقوم بتعبئة الجزء (أ) و(هـ) من القسم 1. واترك الجزء (ب) و(ج) فارغاً.

الجزء (أ): المعلومات الشخصية

الاسم — مقدم الطلب/العضو (الأخير، الأول، الحرف الأول من الأوسط)

رقم الحالة (إذا كان لديك رقم)

تاريخ الميلاد

الجزء (ب): معلومات الترخيص

أعني الشخص التالي ليكون الممثل المعتمد الخاص بي:

أريد أن يحصل الممثل المعتمد الخاص بي على نسخ من خطابات عن أهليتي والمساعدات الخاصة بي.

☐ نعم ☐ لا

الجزء (ج): معلومات الترخيص الإضافية – برامج الرعاية الصحية (فقط)

إنني أتقدم بطلب للحصول على أحد برامج الرعاية الصحية أو أنا مسجل فيه بالفعل (على سبيل المثال، Wisconsin Medicaid، أو BadgerCare Plus، أو SeniorCare، أو Family Planning Only Services)، وأرغب في أن يقوم ممثلي المفوض بالقيام بكل ما يلي: استلام بطاقة ForwardHealth الخاصة بي بدلاً مني. (هذا لا ينطبق على برنامج SeniorCare).

تسجلي في أحد برامج HMO (الرعاية الصحية المُدارة). (هذا لا ينطبق على برنامج SeniorCare)

التحدث إلى خدمات أعضاء ForwardHealth أو HMO التي أتبعها عن الفواتير أو الخدمات أو المعلومات الطبية الأخرى، بما في ذلك المعلومات الصحية المحمية. وتأكد من قراءتك لترخيص المعلومات الصحية المحمية أدناه والموافقة عليه قبل اختيار نعم.

تقديم التظلمات والاستئنافات عن خدمات الرعاية الصحية الخاصة بي (على سبيل المثال، المعالجة والفواتير).

☐ نعم ☐ لا

ترخيص استخدام المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها

بالنظر فوق نعم أعلاه، أرخص Department of Health Services (إدارة الخدمات الصحية) والمتعهدين التابعين لها، بما في ذلك HMOs، بالكشف عن (مشاركة) معلوماتي الصحية المحمية مع الممثل المعتمد الخاص بي.

قد تتضمن المعلومات التي أرخص بمشاركتها أنواع المعلومات التالية: المطالبات، السجلات الطبية، رعاية تعاطي المخدرات، الرعاية الإنجابية، الصحة العقلية، الأمراض المعدية، الخدمات الصيدلانية، HIV/AIDS، سجلات الأسنان، وإعاقات النمو.

تتم مشاركة المعلومات حتى يتمكن الممثل المعتمد الخاص بي من مساعدتي على إدارة مساعدات الرعاية الصحية الخاصة بي.

أفهم أن أي معلومات تم استخدامها أو مشاركتها بموجب هذا التفويض يمكن إعادة مشاركتها من قبل الشخص أو الجهة المستقبلية للمعلومات ولن تكون محمية بموجب لوائح الخصوصية الفيدرالية.

أفهم أن هذا الترخيص تطوعي وأنه يمكنني رفض الترخيص بتحرير معلوماتي الصحية المحمية عن طريق اختيار لا أعلاه. وأفهم أن اختيار لا لن يؤثر على توفير المعالجة، السداد، التسجيل في الخطة الصحية، أو الأهلية للحصول على المساعدات ما لم يكن الترخيص ضروريًا لتحديد الأهلية لبرنامج أو التسجيل في البرنامج.

سيستمر هذا الترخيص إلى أن أحذف الممثل المعتمد الموجود في هذا النموذج من كونه الممثل المعتمد الخاص بي أو أخطر الوكالة بأنني لا أرغب في وصول الممثل المعتمد الخاص بي إلى معلوماتي الصحية المحمية بعد الآن. ويمكنني إخطار وكالتي كتابة عن ذلك في أي وقت؛ غير أن حذف الترخيص لن يؤثر على معلوماتي الصحية المحمية التي تمت مشاركتها بالفعل.

الجزء (د): إقرارات التفهم

أفهم ما يلي وأوافق عليه:
يحق لي اختيار أي شخص ليكون الممثل المعتمد الخاص بي.
يمكنني تغيير أو حذف الممثل المعتمد الخاص بي في أي وقت. ويجب أن أخطر وكالتي كتاباً برغيتي في تغيير أو حذف الممثل المعتمد الخاص بي.
لست مضطراً إلى إخبار الشخص بأنني حذفته من كونه الممثل المعتمد الخاص بي.
سيظل الممثل المعتمد الوارد في هذا النموذج ممثلاً معتمداً لي إلى أن أقوم بتغييره أو حذفه.
سيصل الممثل المعتمد الخاص بي إلى معلوماتي الشخصية، مثل رقم الضمان الاجتماعي، القوائم المالية، والمعلومات الطبية، لمساعدتي على إدارة أهليتي.
وإذا وافقت على ترخيص المعلومات الصحية المحمية أعلاه، فإنني أفهم أن الممثل المعتمد الخاص بي سيصل أيضاً إلى هذه المعلومات لمساعدتي على إدارة خدمات رعايتي الصحية (على سبيل المثال، العلاج والفواتير الطبية).
يجب أن أزود الممثل المعتمد الخاص بي بمعلومات صحيحة ودقيقة.
أتحمل المسؤولية عن المعلومات الخاطئة وغير الصحيحة التي قد يقدمها الممثل المعتمد الخاص بي. وأفهم أنه في حال قيامي أنا أو الممثل المعتمد الخاص بي بتقديم معلومات خاطئة أو سحب المعلومات، فقد:
أضطر إلى سداد تكلفة المساعدات التي ما كان يجب أن أحصل عليها.
تُفرض علي غرامة.
أُحرم من البرنامج.
أُحاكم بتهمة الاحتيال.
بتوقيع هذا النموذج، أقول بأنني أفهم الإقرارات أعلاه وأوافق عليها.

الجزء (هـ) التوقيع والتاريخ

تاريخ التوقيع

التوقيع – مقدم الطلب/العضو



يُعبأ بمعرفة الممثل المعتمد

القسم 2

الجزء (أ): معلومات الاتصال

الاسم – الممثل المعتمد (الأخير، الأول، الحرف الأول من الوسط)

عنوان الشارع

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)

رقم الهاتف (أدرج رمز المنطقة)

الجزء (ب): إقرارات التفهم

أفهم ما يلي وأوافق عليه:
بصفتي ممثل معتمد: أنا مقيد بفعل أي من وكل ما يلي بالنيابة عن مقدم الطلب أو العضو:
التقدم للحصول على المساعدات أو تجديدها
الإبلاغ عن التغييرات
العمل مع وكالة مقدم الطلب أو العضو بخصوص أي أمور ذات صلة بالمساعدات
تعينة التظلمات والاستئنافات ذات الصلة بالأهلية
من المتوقع علمي بظروف مقدم الطلب أو العضو.
يمكن لمقدم الطلب أو العضو حذفني من كوني ممثله المعتمد في أي وقت.
لا يحتاج مقدم الطلب أو العضو إلى إخطاري بحذفني من عملي كممثل معتمد له.
أنا الممثل المعتمد لمقدم الطلب أو العضو حتى يطلب ممثل معتمد مختلف أو يختار عدم تعيين ممثل معتمد.
يجب أن أقدم معلومات صادقة ودقيقة.
إذا قدمت معلومات غير دقيقة أو مزيفة، فقد يحتاج مقدم الطلب أو العضو إلى رد أي مساعدات رعاية صحية حصل عليها بطريق الخطأ.
إذا انتهكت قواعد البرنامج، فيجب أن أرد أي مساعدات FoodShare أسيء استخدامها أو تم الحصول عليها بطريق الخطأ.
يجب أن أمتثل لقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المتعلقة بتعارض المصالح وسرية المعلومات.
بتوقيع هذا النموذج، أقول بأنني أفهم الإقرارات أعلاه وأوافق عليها.
بتوقيع هذا النموذج، أقول بأنني سأعمل كممثل معتمد لمقدم الطلب أو العضو المذكور في القسم 1.

الجزء (ج): التوقيع والتاريخ

تاريخ التوقيع

التوقيع – الممثل المعتمد



يُعبأ بمعرفة الشاهد (الشهود)

القسم 3

الاسم – الشاهد (الأخير، الأول، الحرف الأول من الأوسط)

تاريخ التوقيع

التوقيع — الشاهد



الاسم – الشاهد (الأخير، الأول، الحرف الأول من الأوسط) (إذا وقع مقدم الطلب/العضو بـ X)

تاريخ التوقيع

التوقيع — الشاهد



لا ترسل الطلبات هنا.

يجب على برنامج المساعدة الغذائية التكميلي (SNAP) وبرنامج توزيع الأغذية على الوكالات الحكومية أو المحلية في المحميات الهندية (FDPIR)، والمستلمين الفرعيين، نشر بيان عدم التمييز التالي:

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميل الجنسي) أو العقيدة الدينية، أو الإعاقة، أو العمر، أو المعتقدات السياسية، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية)، التي تقدموا إليها بطلب للحصول على الاستحقاقات. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو إعاقات النطق الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة التتابع الفيدرالية على رقم 877-8339 (800).

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية Form AD-3027، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على:

[https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf)

[0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية، وذلك عن طريق الاتصال بالرقم 620-1071 (833)، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية. ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه، ووصفًا مكتوبًا للإجراء التمييزي المزعم بتفصيل كافٍ لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل - AD 3027 على:

(1) العنوان البريدي:

Food and Nutrition Service, USDA
Braddock Place, Room 334 1320
Alexandria, VA 22314; أو

(2) الفاكس:

(833)-256-1665 أو (202)-690-7442; أو

(3) البريد الإلكتروني:

FNSCIVILRIGHTS COMPLAINTS@usda.gov

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص.

لا ترسل الطلبات هنا.

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

تمتثل Department of health Services (وزارة الخدمات الصحية) بولاية Wisconsin لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس (بما في ذلك الحمل والهوية الجنسية والتوجه الجنسي). ولا تستثني health Services Department of (وزارة الخدمات الصحية) الأشخاص أو تعاملهم على نحو مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

Department of Health Services

- يوفر مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص من ذوي الإعاقات للتواصل بصورة فعالة معنا، مثل:
 - مترجمي لغة إشارة مؤهلين
 - معلومات كتابية بتنسيقات أخرى (مطبوعة بأحرف كبيرة، مواد صوتية، تنسيقات إلكترونية متيسرة، وغير ذلك من التنسيقات)
- يوفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لغتهم الأساسية ليست الإنجليزية، مثل:
 - مترجمين مؤهلين
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة لهذه الخدمات، اتصل بـ (844-201-6870) Department of Health Services civil rights coordinator

إذا كنت تعتقد أن Department of Health Services قد أخفق في توفير تلك الخدمات أو ميز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس، يمكن أن تتقدم بشكوى إلى: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 201 E. Washington Ave, Room E200B, P.O. Box 7850, Madison, WI 53707-7850. يمكنك أن تتقدم بشكوى شخصيًا أو بالبريد أو بالفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة للمساعدة في التقدم بشكوى، فإن Department of Health Services civil rights coordinator متاح لمساعدتك.

يمكن أيضًا أن تتقدم بشكوى إلكترونيًا لوزارة (وزارة الخدمات الصحية والبشرية)، مكتب Office for Civil Rights (مكتب الحقوق المدنية)، من خلال مكتب Office for Civil Rights Complaint Portal، المتوفر على الرابط <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. يمكنك أن تتقدم بشكوى أو بالبريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(رقم هاتف الصم والبكم) (TDD) 7697-537-800, 1019-368-800

تتوافر نماذج الشكاوى على الرابط <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deutsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kannsch du ebber grieg as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 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 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIR GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).