

تعيين أو تغيير أو حذف ممثل معتمد: منظمة (Appoint, Change, or remove an Authorized Representative: Organization)

املاً نموذج تعيين أو تغيير أو حذف ممثل معتمد: منظمة، F-10126B، وقم بإرساله لتعيين أو تغيير أو حذف منظمة بصفتها الممثل المعتمد الخاص بك. ولتغيير منظمة بصفتها الممثل المعتمد، يجب أن تتصل أنت أو المنظمة بالوكالة الخاصة بك. توجد معلومات الاتصال الخاصة بوكالتك على موقع Department of Health Services (إدارة الخدمات الصحية) (DHS) على dhs.wi.gov/im-agency.

لتعيين شخص بصفته الممثل المعتمد، املاً النموذج نموذج تعيين أو تغيير أو حذف ممثل معتمد: شخص، F-10126A، 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.

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

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 ويشتركون الطعام ويعدونه 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 لاستلام معونات FoodShare العمل كممثلين معتمدين، إلا لصالح مراكز معالجة إدمان المخدرات والكحول المعتمدة كتجار تجزئة.

بمجرد تحديد ممثل عنك، يمكنه تنفيذ أي أو كل ما يلي نيابة 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.

لست في حاجة إلى مطالبة الممثل المعتمد بالتقدم للحصول على المساعدات أو الحصول عليها. فللتقدم لبرنامج FoodShare أثناء الإقامة في مركز لمعالجة إدمان المخدرات والكحول، يجب على منظمة معتمدة كممثل التقدم بالنيابة عنك.

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

لا يمكن للممثل المعتمد الذي تعينه في هذا النموذج التصرف بالنيابة عنك فيما يتعلق ببرنامج Wisconsin Shares Child Care Subsidy (دعم رعاية الأطفال بمشاركة ويسكونسن). 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.

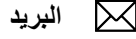
القسم 1 — يجب أن تكمل القسم 1. وستحتاج إلى اختيار إذا ما كنت تقوم بتعيين أو تغيير أو حذف الممثل المعتمد. كما ستحتاج إلى تقديم اسمك وتاريخ ميلادك حتى نتمكن من التعرف عليك. إذا كنت تقوم بتعيين أو تغيير ممثل معتمد، فاختر إذا ما كنت ترغب في حصول ممثلك المعتمد على نسخ من خطاباتك. بعد ذلك، اقرأ إقرارات التفهم. وفي حال الموافقة، قم بتوقيع وتاريخ النموذج.

القسم 2 — يجب على الشخص الذي يتصرف بالنيابة عن المنظمة إكمال القسم 2. وسيتوجب على الشخص توفير اسم المنظمة ومعلومات الاتصال الخاص بها بالإضافة إلى اسمه ومعلومات الاتصال الخاصة به. كما سيتوجب عليه قراءة إقرارات التفهم وتوقيع وتاريخ النموذج في حال موافقة المنظمة وجهة الاتصال 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 وتاريخ توقيعهم للنموذج.

إرسال النموذج

يمكنك إرسال النموذج الكامل الخاص بك بأحد الطرق التالية:



البريد



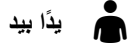
على الإنترنت

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

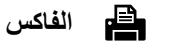
امسح كل صفحات النموذج إلى ACCESS. ويمكنك القيام بذلك من خلال حساب ACCESS، الذي يمكنك تسجيل الدخول إليه على access.wi.gov. (ملاحظة: إذا لم يكن لديك حساب ACCESS، فيمكنك الوصول إلى access.wi.gov وإنشاء حساب.)

• 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.



بداً بيد



الفاكس

خذ النموذج إلى الوكالة الخاصة بك. توجد معلومات الاتصال الخاصة بوكالتك على موقع 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(د) من القسم 1. واترك الجزء (ب) فارغاً.

الجزء (أ): المعلومات الشخصية

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

تاريخ الميلاد

رقم الحالة (إذا كان لديك رقم)

الجزء (ب): معلومات الترخيص

أعین المنظمة التالية لتكون الممثل المعتمد الخاص بي:

أريد أن يحصل الممثل المعتمد الخاص بي على نسخ من خطابات عن أهليتي والمساعدات الخاصة بي. ويُرجى العلم بأن الخطابات سترسل إلى جهة الاتصال بالمنظمة.

☐ نعم ☐ لا

الجزء (ج): إقرارات التفهّم

أفهم ما يلي وأوافق عليه:

- يحق لي اختيار أي منظمة لتكون الممثل المعتمد الخاص بي.
- يمكنني تغيير أو حذف الممثل المعتمد الخاص بي في أي وقت. ويجب أن أخطر وكالتي خطبًا برغبتي في تغيير أو حذف الممثل المعتمد الخاص بي.
- لست مضطرًا إلى إخبار المنظمة بأنني حذفتها من كونها الممثل المعتمد الخاص بي.
- سيظل الممثل المعتمد الوارد في هذا النموذج ممثلًا معتمدًا لي إلى أن أقوم بتغييره أو حذفه.
- سيتم حذف ممثلي مركز معالجة إدمان المخدرات والكحول المعتمدين عند الخروج. وتقديم هذا المستند لإنهاء الاعتماد اختياري.
- سيصل الممثل المعتمد الخاص بي إلى معلوماتي الشخصية، مثل رقم الضمان الاجتماعي، القوائم المالية، والمعلومات الطبية، لمساعدتي على إدارة أهليتي.
- يجب أن أزود الممثل المعتمد الخاص بي بمعلومات صحيحة ودقيقة.
- أتحمّل 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 عليّ غرامة.
 - أُحرم من البرنامج.
 - أحاكم بتهمة الاحتيال.
- بتوقيع هذا النموذج، أقول بأنني أفهم الإقرارات أعلاه وأوافق عليها.

الجزء (د) التوقيع والتاريخ

تاريخ التوقيع

التوقيع - مقدم الطلب/العضو





يُعبأ بمعرفة الممثل المعتمد

القسم 2

الجزء (أ): معلومات الاتصال

الاسم – المنظمة

عنوان الشارع

المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف (أدرج رمز المنطقة)
---------	---------	---------------	-------------------------------

الاسم – جهة الاتصال بالمنظمة (الأخير، الأول، الحرف الأول من الأوسط)

المسمى الوظيفي – جهة الاتصال بالمنظمة	عنوان البريد الإلكتروني – المنظمة (اختياري)
---------------------------------------	---

الجزء (ب): إقرارات التفهم

أفهم ما يلي وأوافق عليه:

- أنا معتمد للتصرف بالنيابة عن المنظمة المذكورة في القسم 2، الجزء (أ).

- بصفتي ممثل معتمد، المنظمة مقيدة 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
- تقديم التظلمات والاستئنافات ذات الصلة بالأهلية

- من المتوقع علم المنظمة بظروف مقدم الطلب أو العضو.

- يجب على المنظمة إبلاغ وكالة مقدم الطلب أو العضو بأي تغييرات في جهة الاتصال المذكورة في القسم 2.

- يمكن لمقدم الطلب أو العضو حذف المنظمة من كونها مثله المعتمد في أي وقت.

- لا يحتاج مقدم الطلب أو العضو إلى إخطار المنظمة بحذفها من عملها كممثل معتمد له.

- المنظمة هي الممثل المعتمد لمقدم الطلب أو العضو حتى يطلب ممثل معتمد مختلف أو يختار عدم تعيين ممثل معتمد.

- يجب على المنظمة أو أي شخص يتصرف بالنيابة عنها تقديم معلومات صادقة ودقيقة.

- إذا قدمت المنظمة معلومات غير دقيقة أو مزيفة، فقد يحتاج مقدم الطلب أو العضو إلى رد أي مساعدات رعاية صحية حصل عليها بطريق الخطأ.

- إذا انتهكت المنظمة قواعد البرنامج، فيجب أن ترد أي مساعدات FoodShare أسيء استخدامها أو تم الحصول عليها بطريق الخطأ.

- يجب على المنظمة وأي شخص يتصرف بالنيابة عنها الامتثال للقوانين واللوائح الحكومية والفيدرالية، بما في ذلك 42 C.F.R.، الفصل 431، الفقرة الفرعية F؛ 447.10 C.F.R.؛ § 155.260(f) 45 C.F.R.؛ و CFR 273.2(n)(4) 7، فيما يتعلق بتعارض المصالح وسرية المعلومات.

- المعلومات.بتوقيع هذا النموذج، أقول بأنني أفهم الإقرارات بالنيابة عن المنظمة المذكورة في القسم 2، الجزء (أ) أعلاه وأوافق عليها.

- بتوقيع هذا النموذج، أقول بأن المنظمة المذكورة في القسم 2، الجزء (أ) ستعمل كممثل معتمد لمقدم الطلب أو العضو المذكور في القسم 1.

الجزء (ج): التوقيع والتاريخ	
التوقيع — جهة الاتصال بالمنظمة	تاريخ التوقيع

القسم 3	يُعبأ بمعرفة الشاهد (الشهود)	
---------	------------------------------	--

الاسم — الشاهد (الأخير، الأول، الحرف الأول من الأوسط)	
التوقيع — الشاهد	تاريخ التوقيع

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

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 المزعوم بتفصيل كافٍ لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم 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:

FNCSIVILRIGHTS 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

يلتزم Wisconsin Department of Health Services بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو نوع الجنس. لا يستبعد Department of Health Services الأشخاص أو يعاملهم على نحو مختلف بسبب النوع أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو نوع 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, 1 West Wilson Street, Room 651, P.O. Box 7850, Madison, WI 53707-7850، TTY: 711، 4955-267608، Fax: 608-267-1434، dhsrc@dhs.wisconsin.gov. يمكن 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 Department of Health and Human Services (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> 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).	Deitsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griegie 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. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 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) FIIRO 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).