

EINEN BEVOLLMÄCHTIGTEN ERNENNEN, WECHSELN ODER ABSETZEN: ORGANISATION (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

Formular F-10126B zum Ernennen, Wechseln oder Absetzen eines Bevollmächtigten: Organisation ausfüllen und einreichen, um eine Organisation als Ihren bevollmächtigten Vertreter zu ernennen, zu wechseln oder abzusetzen. Um die Kontaktperson der Organisation zu ändern, müssen entweder Sie oder die Organisation Ihre Behörde kontaktieren. Die Kontaktinformationen Ihrer Behörde finden Sie auf der Website der Wisconsin Department of Health Services (Abteilung für Gesundheitsdienste) (DHS) unter dhs.wi.gov/im-agency.

Um eine **Person** als Ihren Bevollmächtigten zu ernennen, füllen Sie stattdessen das [Personenformular F-10126A zum Ernennen, Wechseln oder Absetzen eines Bevollmächtigten](#) aus und reichen Sie es ein.

Falls Sie einen gesetzlichen Nachlassverwalter, einen gesetzlichen Vormund und Nachlassverwalter oder einen Vormund haben, so muss diese Person einen Bevollmächtigten für Sie ernennen, wenn Sie möchten, dass jemand anderes als sie Ihr Bevollmächtigter wird. Sollten Sie über eine aktivierte dauerhafte Vollmacht für Finanzen besitzen, können Sie oder Ihr Bevollmächtigter einen Bevollmächtigten ernennen.

Ein gesetzlicher Vormund kann nur dann einen Bevollmächtigten für Sie ernennen, wenn das Gerichtsdokument, in dem der gesetzliche Vormund ernannt wird, dem Vormund das Recht einräumt, in Ihrem Namen in Bezug auf Ihre Anspruchsberechtigung und Ihre Leistungen in öffentlichen Hilfsprogrammen zu handeln.

Eine Vorsorgevollmacht ist nicht in der Lage, in Ihrem Namen zu handeln und einen Bevollmächtigten zu ernennen.

Die in diesem Formular angegebenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich für die direkte Verwaltung von Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, SeniorCare, Family Planning Only Services (Serviceleistungen nur für die Familienplanung) sowie Caretaker Supplement (Zusatzzahlung an pflegende Angehörige oder Betreuer) verwendet.

Daten des Bevollmächtigten

Ein Bevollmächtigter ist eine Organisation, die mit den Umständen Ihres Haushalts vertraut ist und der Sie vertrauen, dass sie in Ihrem Namen handeln wird. Es kann jeder als Ihr Bevollmächtigter fungieren, **mit Ausnahme** der folgenden Personen:

- Personen, die aufgrund eines wissentlichen Verstoßes gegen ein FoodShare-Programm disqualifiziert sind, können während dem Zeitraum ihrer Disqualifizierung nicht als Bevollmächtigter fungieren, es sei denn, es ist keine andere Person in der Lage, als Bevollmächtigter zu fungieren.
- Anbieter von Mahlzeiten für Obdachlose können nicht als Bevollmächtigter für eine Lebensmittelgemeinschaft für Obdachlose fungieren. (Eine Lebensmittelgemeinschaft sind eine oder mehrere Personen, die zusammen wohnen und gemeinschaftlich Lebensmittel einkaufen und zubereiten.)
- Mitarbeiter von Behörden, die für die Feststellung der Qualifikation oder von Leistungen zuständig sind, können nicht als Bevollmächtigte fungieren. Unter bestimmten Umständen können sie eine schriftliche Sondergenehmigung erhalten, um als Bevollmächtigter zu fungieren.
- Einzelhändler, die zur Annahme von FoodShare-Leistungen bevollmächtigt sind, können nicht als Bevollmächtigte fungieren, ausgenommen im Falle von Drogen- und Alkohol-Therapiezentren, die bevollmächtigte Einzelhändler sind.

Nach seiner Ernennung kann Ihr Bevollmächtigter jede der folgenden Handlungen in Ihrem Namen vornehmen:

- Einen Antrag auf Leistungen stellen oder verlängern
- Änderungen Ihrer Daten melden
- Mit Ihrer Behörde in allen Angelegenheiten in Verbindung mit Ihren Sachleistungen zusammenarbeiten
- Beschwerden und Einsprüche zu Ihrer Qualifikation für Programme einreichen, für die Sie einen Antrag gestellt haben oder an denen Sie teilnehmen

Sie können auch bestimmen, dass Ihr Bevollmächtigter Kopien von Briefen zu Ihrer Qualifikation und Ihren Leistungen erhält.

Sie brauchen **keinen** Bevollmächtigten, um einen Antrag auf Leistungen zu stellen oder diese zu erhalten. Falls Sie in einem Drogen- und Alkohol-Therapiezentrum untergebracht sind, muss der Antrag auf FoodShare-Leistungen in Ihrem Namen von einem bevollmächtigten Vertreter der Organisation gestellt werden.

Der von Ihnen in diesem Formular ernannte Vertreter kann in Ihrem Auftrag in Bezug auf jedes der folgenden Programme handeln: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, SeniorCare, Family Planning Only Services und/oder Caretaker Supplement. Falls Sie sich für eines dieser Programme und für Wisconsin Works (W-2) registriert haben, kann der von Ihnen befugte Vertreter auch in Bezug des W-2-Programms für Sie tätig werden.

Der Bevollmächtigte, den Sie mit diesem Formular ernennen, **kann nicht** gegenüber dem Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program (Programm Wisconsin Shares für Kinderbetreuungsbeihilfe) in Ihrem Namen auftreten. Wenn Sie einen Antrag für Wisconsin Shares stellen wollen, müssen Sie den Antrag selbst stellen.

Formularanweisungen

Wenn in diesem Formular erforderliche Informationen fehlen, einschließlich der Unterschriften, wird das Formular als unvollständig erachtet, und Ihr Bevollmächtigter **kann nicht** in Ihrem Namen handeln.

Abschnitt 1 — Sie müssen Abschnitt 1 ausfüllen. Sie müssen entscheiden, ob Sie einen Bevollmächtigten ernennen, wechseln oder absetzen wollen. Sie müssen außerdem Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum angeben, damit wir Sie identifizieren können. Wenn Sie einen Bevollmächtigten ernennen oder wechseln, entscheiden Sie sich, ob Sie wollen, dass Ihr Bevollmächtigter Kopien Ihrer Briefe erhält. Lesen Sie als Nächstes die Einverständniserklärungen. Wenn Sie damit einverstanden sind, unterschreiben Sie das Formular und geben Sie das Datum an.

Abschnitt 2 — Eine Person, die im Namen der Organisation fungieren kann, muss Abschnitt 2 ausfüllen. Diese Person muss den Namen und die Kontaktdaten der Organisation sowie ihre eigenen angeben. Diese Person muss auch die Einverständniserklärungen lesen, das Formular unterschreiben und das Datum angeben, wenn sie mit den Erklärungen einverstanden ist.

Abschnitt 3 — Wenn Sie einen Bevollmächtigten ernennen oder wechseln, muss außer Ihrem Bevollmächtigten eine andere Person dabei zusehen, wie Sie dieses Formular unterschreiben. Diese Person wird als Zeuge bezeichnet. Wenn Sie dieses Formular mit einem X unterzeichnen, müssen zwei Zeugen dabei zusehen, wie Sie das Formular unterzeichnen. Der Zeuge oder die Zeugen müssen ihren Namen angeben, unterschreiben und das Datum angeben, an dem sie das Formular unterzeichnet haben.

Einreichen des Formulars

Sie können das ausgefüllte Formular folgendermaßen einreichen:

Online

Alle Seiten dieses Formulars in ACCESS einscannen. Sie können das über Ihr ACCESS-Konto machen, bei dem Sie sich unter access.wi.gov anmelden können. (**Hinweis:** Wenn Sie noch kein ACCESS-Konto haben, können Sie access.wi.gov besuchen und ein Konto anlegen.)

Hinweis: Sie können nur zu bestimmten Zeiten Formulare auf ACCESS hochladen. Wenn Sie das Formular nicht einscannen und auf ACCESS hochladen können, nutzen Sie bitte eine andere Möglichkeit, um es einzureichen.

Post

- Wenn Sie in **Milwaukee County** wohnen, schicken Sie das Formular bitte per Post an:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218
- Wenn Sie **nicht** in Milwaukee County leben, schicken Sie das Formular bitte per Post an:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

Fax

- Wenn Sie in **Milwaukee County** wohnen, schicken Sie das Formular per Fax an 888-409-1979.
- Wenn Sie **nicht** in Milwaukee County leben, schicken Sie das Formular per Fax an 855-293-1822.

Persönlich

Bringen Sie Ihr Formular zu Ihrer zuständigen Behörde. Die Kontaktinformationen Ihrer Behörde finden Sie auf der DHS-Website unter dhs.wi.gov/im-agency.

Sie finden auf der DHS-Website unter www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm mehr Informationen zu Bevollmächtigten.

ABSCHNITT 1 Vom Antragssteller/Mitglied auszufüllen



Ich:

- ☐ ernenne einen Bevollmächtigten. Sie müssen Abschnitt 1 **vollständig** ausfüllen.
- ☐ wechsele meinen Bevollmächtigten. Sie müssen Abschnitt 1 **vollständig** ausfüllen. Achten Sie darauf, dass Sie den Namen Ihres neuen Bevollmächtigten in Teil B angeben.
- ☐ entferne meinen Bevollmächtigten. Sie müssen **Teil A und D** von Abschnitt 1 ausfüllen. Lassen Sie Teil B frei.

Teil A: Personenbezogene Daten

Name — Antragssteller/Mitglied (Nachname, Vorname, Initial zweiter Vorname)

Geburtsdatum

Fallnummer (falls vorhanden)

Teil B: Bevollmächtigungsangaben

Ich ernenne die folgende Organisation zu meinem Bevollmächtigten:

Ich möchte, dass mein Bevollmächtigter Kopien von Briefen zu meiner Qualifikation und meinen Leistungen erhält. Beachten Sie bitte, dass die Briefe an die Kontaktperson der Organisation gesendet werden.

- ☐ Ja ☐ Nein

Teil C: Einverständniserklärungen

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass:

- Ich das Recht habe, eine beliebige Organisation zu meinem Bevollmächtigten zu ernennen.
- Ich meinen Bevollmächtigten jederzeit wechseln oder absetzen kann. Ich meiner Behörde schriftlich mitteilen muss, dass ich meinen Bevollmächtigten wechseln oder absetzen will.
- Ich einer Organisation nicht mitteilen muss, dass ich sie als meinen Bevollmächtigten absetze.
- Der auf diesem Formular angegebene Bevollmächtigte mein Bevollmächtigter bleibt, bis ich ihn wechsele oder absetze.
- Bevollmächtigte Vertreter eines Drogen- und Alkohol-Therapiezentrums bei Entlassung abgesetzt werden. Eine Vorlage dieses Dokuments zwecks Beendigung der Vollmacht ist freigestellt.
- Mein Bevollmächtigter Zugriff auf meine personenbezogenen Daten haben wird, wie etwa meine Sozialversicherungsnummer, Bankauszüge und medizinische Informationen, um mir bei der Verwaltung meiner Qualifikationen zu helfen.
- Ich meinem Bevollmächtigten wahrheitsgetreue und konkrete Daten zur Verfügung stellen muss.
- Ich für Fehler und falsche Daten verantwortlich bin, die mein Bevollmächtigter meldet. Ich bin mir bewusst, dass ich, wenn entweder mein Bevollmächtigter oder ich falsche Informationen erteilen oder Informationen zurückhalten, möglicherweise:
 - Leistungen zurückzahlen muss, die ich nicht hätte erhalten sollen.
 - Strafe zahlen muss.
 - Aus einem Programm ausgeschlossen werde.
 - Wegen Betrug strafrechtlich verfolgt werde.

- Durch die Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich, dass ich die obigen Aussagen verstehe und ihnen zustimme.

Teil D: Unterzeichnung und Datum



UNTERZEICHNUNG — Antragssteller/Mitglied

Datum der
Unterzeichnung

ABSCHNITT 2 Durch Bevollmächtigten auszufüllen



Teil A: Kontaktinformationen

Name — Organisation

Straße

Ort

Bundes
staat

Postleitzahl

Telefonnummer
(einschließlich Vorwahl)

Name — Kontaktperson der Organisation (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)

Stellenbezeichnung — Kontaktperson der Organisation

E-Mail-Adresse — Kontaktperson der Organisation (optional)

Teil B: Einverständniserklärungen

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass:

- Ich bevollmächtigt bin, im Namen der in Abschnitt 2, Teil A aufgeführten Organisation zu handeln.
- Die Organisation als Bevollmächtigter darauf beschränkt ist, einige oder alle folgenden Tätigkeiten für den Antragssteller oder das Mitglied zu übernehmen:
 - Stellen eines Antrags auf oder Verlängerung von Leistungen
 - Meldung von Änderungen
 - Zusammenarbeit mit der Behörde des Antragsstellers oder des Mitglieds bei Angelegenheiten im Zusammenhang mit den Leistungen
 - Einreichen von Beschwerde und Einsprüchen in Bezug auf Ansprüche
- Von der Organisation wird erwartet, mit den Umständen des Antragsstellers oder Mitglieds vertraut zu sein.
- Die Organisation muss der Behörde des Antragsstellers oder des Mitglieds alle Änderungen an der in Abschnitt 2, Teil A aufgelisteten Kontaktperson mitteilen.
- Der Antragssteller oder das Mitglied kann die Organisation jederzeit als seinen Bevollmächtigten absetzen.
- Der Antragssteller oder das Mitglied müssen die Organisation nicht davon benachrichtigen, dass sie als sein Bevollmächtigter abgesetzt wird.
- Die Organisation ist der Bevollmächtigte des Antragsstellers oder Mitglieds, bis er bzw. es einen anderen Bevollmächtigten verlangt oder sich entscheidet, keinen Bevollmächtigten zu haben.
- Die Organisation und alle in ihrem Namen handelnden Personen müssen wahrheitsgetreue und korrekte Informationen erteilen.
- Wenn die Organisation fehlerhafte oder falsche Informationen erteilt, muss der Antragssteller oder das Mitglied möglicherweise fälschlicherweise erhaltene Gesundheitsfürsorgeleistungen zurückzahlen.
- Wenn die Organisation willentlich gegen Programmregeln verstößt, müssen falsch verwendete oder fälschlicherweise bezogene FoodShare-Leistungen zurückgezahlt werden.

- Die Organisation und alle in ihrem Auftrag Handelnden müssen die anwendbaren staatlichen und Bundesgesetze und Vorschriften einhalten, einschließlich 42 C.F.R. Teil 431, Unterpunkt F; 42 C.F.R. § 447.10; 45 C.F.R. § 155.260(f) und 7 CFR 273.2(n)(4) in Bezug auf Interessenskonflikte und Vertraulichkeit von Informationen.
- Durch die Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich im Namen der in Abschnitt 2, Teil A aufgeführten Organisation, dass ich die obigen Aussagen verstehe und ihnen zustimme.
- Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich, dass die in Abschnitt 2, Teil A aufgeführte Organisation als Bevollmächtigter für den in Abschnitt 1 angegebenen Antragssteller oder das dort angegebene Mitglied handeln wird.

Teil C: Unterzeichnung und Datum



UNTERZEICHNUNG — Kontaktperson der Organisation

Datum der
Unterzeichnung

ABSCHNITT 3 Von Zeuge(n) auszufüllen



Name – Zeuge (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens)



UNTERZEICHNUNG — Zeuge

Datum der
Unterzeichnung

Name — Zeuge (Nachname, Vorname, Initiale des zweiten Vornamens) (falls der Antragssteller/das Mitglied mit einem X unterzeichnet hat)



UNTERZEICHNUNG — Zeuge

Datum der
Unterzeichnung

USDA-Gleichbehandlungsklausel

In Übereinstimmung mit den US-bundesrechtlichen Menschenrechtsgesetzen und den Menschenrechtsbestimmungen und -vorschriften des U.S. Department of Agriculture (USDA) ist es dem USDA, seinen Behörden, Geschäftsstellen und Mitarbeitern sowie Organen, die an USDA-Programmen beteiligt oder mit deren Administration befasst sind, untersagt, aufgrund von Ethnie, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, Behinderung, Alter, politischer Einstellung oder Repressalien bzw. Vergeltungsmaßnahmen wegen früherer Menschenrechtsaktivitäten in einem vom USDA durchgeführten oder finanzierten Programm oder einer Aktivität zu diskriminieren.

Personen mit Behinderungen, die für Programminformationen alternative Kommunikationsmittel benötigen (z. B. Blindenschrift, Großdruck, Audio-Bänder, Gebärdensprache usw.), sollten sich mit der einzelstaatlichen oder lokalen Behörde, bei der sie Leistungen beantragt haben, in Verbindung setzen. Personen, die taub, hörbehindert oder sprachbehindert sind, können sich durch den Federal Relay Service unter (800) 877-8339 mit dem USDA in Verbindung setzen. Darüber hinaus können Programminformationen in anderen Sprachen als Englisch zur Verfügung gestellt werden.

Um im Zusammenhang mit dem Programm eine Beschwerde wegen Diskriminierung einzureichen, füllen Sie bitte den [Beschwerdebogen wegen Diskriminierung des USDA-Programms](#) (AD-3027) aus, der online unter <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> und in jedem USDA-Büro erhältlich ist, oder Sie können dem USDA in einem Brief alle in dem Formular angeforderten Informationen zukommen lassen. Eine Kopie des Beschwerdeformulars können Sie telefonisch unter (866) 632-9992 anfordern. Senden Sie Ihr ausgefülltes Beschwerdeformular oder den Brief wie folgt an das USDA:

- (1) Per Post: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Per Fax: (202) 690-7442 oder
- (3) Per E-Mail an program.intake@usda.gov.

Diese Agentur ist ein Dienstleister, der Chancengleichheit bietet.

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

Wisconsin Department of Health Services erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab. Department of Health Services lehnt den Ausschluss oder die unterschiedliche Behandlung von Menschen aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

Department of Health Services:

- Bietet kostenlose Hilfe und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung zur effektiven Kommunikation, wie z. B.:
 - Qualifizierte Gebärdensprachen-Dolmetscher.
 - Schriftliche Informationen in anderen Formaten (große Ausdrücke, Audio, zugängliche elektronische Formate, sonstige Formate). fax
- Bietet kostenlose Sprachdienste für Menschen, deren Hauptsprache nicht Englisch ist, wie z. B.: TTY
 - Qualifizierte Dolmetscher.
 - Schriftliche Informationen in anderen Sprachen.

Sollten Sie diese Dienstleistungen benötigen, so wenden Sie sich an Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Sollten Sie der Ansicht sein, dass Department of Health Services es versäumte, diese Dienstleistungen anzubieten, oder auf sonstige Weise aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht diskriminierte, so können Sie eine Beschwerde einreichen bei: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhsccrc@dhs.wisconsin.gov. Sie können eine Beschwerde persönlich oder per Post, Fax oder E-Mail einreichen. Sollten Sie Hilfe beim Einreichen einer Beschwerde benötigen, so steht Ihnen Department of Health Services civil rights coordinator gerne zur Verfügung.

Sie können ebenfalls eine Menschenrechtsbeschwerde einreichen bei: Department of Health and Human Services (U.S.-Gesundheitsministerium), Office for Civil Rights (Amt für Bürgerrechte), elektronisch über das Office for Civil Rights Complaint Portal, zugänglich über <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, oder per Post oder telefonisch an:

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

Beschwerdeformulare sind verfügbar unter <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) schwetzscht, kannscht du ebber griege 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).