

یو با اختیار استازی ټاکل، بدلول، یا لري کول: سازمان (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

ډک کړئ او وسپارئ یو با اختیار استازی وټاکئ، تبدیل، یا لري کړئ: د سازمان فورمه، F-10126B، ترڅو یو سازمان ستاسو د مجاز استازی په توګه وټاکي، بدل کړئ یا لري کړئ. د سازمان د تماس شخص د بدلون لپاره، تاسو یا سازمان باید ستاسو اداري سره اړیکه ونیسئ. ستاسو د اداري د اړیکي معلومات د Wisconsin Department of Health Services (د روغتیا خدماتو څانګه) (DHS) په ویب پاڼه کې شتون لري. dhs.wi.gov/im-agency

د خپل مجاز استازی په توګه د کوم شخص د ټاکلو لپاره، پر ځای یې د مجاز استازی ټاکل، بدلول، یا لري کول: د شخص فورمه، F-10126A ډکه کړئ او وسپارئ.

که تاسو د جایزاد اړوند قانوني سرپرست لری، یا د شخصیت او ملکیت اړوند قانوني سرپرست لری، یا محافظ ولری، نو که تاسو غواړئ چې د دوی پرته بل څوک ستاسو مجاز استازی وي، نو باید هماغه شخص ستاسو لپاره یو باصلاحیت استازی وټاکي. که تاسو د مالیاتي چارو لپاره یو فعال او دایمي وکیل لری، تاسو یا تاسو یا ستاسو وکیل کولای شي چې یو با صلاحیت استازی وټاکي.

د یو شخص قانوني سرپرست کولای شي یواځې په هغه صورت کې ستاسو لپاره یو با صلاحیت استازی وټاکي چې د محکمي اسناد چې د شخص قانوني استازی ټاکي همدې سرپرست یا استازی ته دا صلاحیت ورکوي چې ستاسو په استازیتوب د عامه مرستې پروګرامونو کې ستاسو د وړتیا او امتیازاتو په اړه چاري مخته بوځي.

د روغتیايي پاملرنې لپاره د وکالت صلاحیت او ځواک نه شي کولای چې ستاسو په استازیتوب داسې فعالیت ترسره کړي ترڅو یو با صلاحیت استازی وټاکي.

Wisconsin Medicaid، BadgerCare په دې فورمه کې وړاندې شوي هغه شخصي معلومات چې د شخص د پېژندنې سبب کېږي، یوازې د یوازې د کورنۍ د تنظیم خدمات، او د مستقیمی اداري او تطبیق لپاره کارول کېږي، Plus، FoodShare، SeniorCare.

د نمایندګۍ مجاز معلومات

یو مجاز استازی هغه سازمان دی چې ستاسو د کورنۍ له شرایطو سره اشنا وي او تاسو باور لری چې ستاسو په استازیتوب عمل وکړي. هر څوک کولی شي ستاسو د مجاز استازی په توګه خدمت وکړي پرته له لاندې اشخاصو څخه:

- هغه خلک چې په قصدي ډول د FoodShare پروګرام سرغړونې له امله بې برخې شوي، نه شي کولی د دوی د نااهلیت په دوره کې د مجاز استازی په توګه خدمت وکړي پرته له دې چې بل څوک د مجاز استازی په توګه خدمت کولو توان ونه لري.
- د بې کوره خوارو وړاندې کونکي نشي کولی د بې کوره خوارو برخې لپاره د مجاز نمایندګه په توګه خدمت ترسره کړي. (د خوړو برخه یو یا څو اشخاص دي چې یو ځای ژوند کوي او یو ځای خواره پېري او جوړوي.)
- د اداري کارمندان چې د ګټو لپاره د وړتیا په ټاکلو کې مرسته کوي ممکن د مجاز استازی په توګه کار ونکړي. دوی ته په ځانګړو شرایطو کې د مجاز استازی په توګه د خدمت کولو لپاره ځانګړی لیکلی تصویب ورکول کېدی شي.
- هغه پرچون پلورونکي چې د FoodShare ګټې منلو اجازه لري نشي کولی د مجوز لرونکي استازی په توګه خدمت وکړي، پرته د مخدره مواد او الکولو درملني مرکزونو څخه چې مجوز لرونکي پرچون پلورونکي دي.

یوځل چې وټاکل شي، ستاسو با اختیار استازی کولی شي ستاسو په استازیتوب لاندې یو یا ټول ترسره کړي:

- د ګټو لپاره غوښتنه وکړئ یا نوي کړئ
- خپلو معلوماتو کې د تغیراتو راپور ورکړئ
- ستاسو ګټو پورې اړوند هر ډول مسلو کې د خپلې اداري سره کار وکړئ
- د هغه پروګرامونو لپاره ستاسو د وړتیا په اړه شکایتونه او استیناف فایل کړئ چې تاسو یې غوښتنه کوئ یا په کې نوم لیکنه کوئ

تاسو دا هم ټاکلی شئ چې ستاسو مجاز استازی ستاسو د وړتیا او ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي.

تاسو اړتیا نلری چې د غوښتنلیک یا ګټې ترلاسه کولو لپاره یو با اختیار استازی ولری. د مخدره موادو او الکولو درملني مرکزونو کې اوسېدو پر مهال د FoodShare غوښتنې لپاره، د صلاحیت لرونکي اداري استازی باید ستاسې په استازیتوب غوښتنه وکړي.

په دې فورمه کې چې تاسو کوم مجاز استازی ټاکئ، هغه کولی شي ستاسو په استازیتوب د لاندې هر یو پروګرام لپاره عمل وکړي: په دې فورمه کې چې Wisconsin Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare،

پروګرامونو لپاره عمل وکړي. که تاسو په دغو Caretaker Supplement او/یا SeniorCare، Family Planning Only Services، Wisconsin Works (W-2) سره یوځای شامل یاست، نو ستاسو مجاز استازی کولی شي ستاسو په استازیتوب د Wisconsin Works (W-2) پروګرامونو کې او ل عمل وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ګومارئ نشي کولی ستاسو په استازیتوب د Wisconsin Shares Child Care Subsidy (ماشوم پاملرني مالي مرسته شریکوي) د ماشوم پاملرنې مالي مرسته شریکوي برنامه کې عمل وکړي. که تاسو د Wisconsin Shares لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتیا لری د خپل ځان لپاره غوښتنه وکړئ.

د فورمي لارښوونې

که د هر ډول لاسلیکونو په ګډون اړین معلومات په دې فورمه کې شتون ونلري، فورمه به نیمګړې وګڼل شي، او ستاسو با اختیار استازی نشي کولی ستاسو په استازیتوب عمل وکړي.

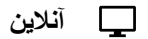
1 برخه - تاسو اړتیا لرئ چې لومړۍ 1 برخه بشپړه کړئ. تاسو به اړتیا ولرئ چې انتخاب وکړئ که تاسو یو با اختیاره استازی ټاکئ، بدلوی یا لري کړئ. تاسو به خپل نوم او د زیږون نېټه هم چمتو کړئ ترڅو موږ تاسو وپېژنو. که تاسو یو با اختیار استازی ټاکئ یا تغيروي، انتخاب وکړئ که تاسو غواړئ چې ستاسو با اختیار استازی ستاسو د لیکونو کاپي تر لاسه کړي. وروسته، د پوهاوي بیانيې ولولئ. که تاسو موافق یاست، فورمه لاسلیک او نېټه ولیکئ.

2 برخه — یو شخص چې د سازمان په استازیتوب عمل کولی شي اړتیا لري چې 2 برخه بشپړه کړي. شخص به اړتیا ولري چې د سازمان نوم او د اړیکو معلومات او همدارنګه د خپل ځان چمتو کړي. شخص به همدارنګه اړتیا ولري ترڅو د تفاهم بیانيې ولولي او فورمه لاسلیک او نېټه ولیکي که چیرې سازمان او د اړیکې شخص د بیانيو سره موافق وي.

3 برخه — که تاسو یو با اختیار استازی ټاکئ یا بدلوی، نو تاسو به اړتیا ولرئ چې ستاسو د مجاز استازي ترڅنګ یو بل څوک ولرئ ترڅو وګوري چې تاسو دا فورمه لاسلیک کوئ. دا سړی شاهد بلل کيږي. که تاسو دا فورمه د "X" سره لاسلیک کوئ، نو دوه شاهدان باید تاسو وګوري چې فورمه لاسلیک کوئ. شاهد یا شاهدان باید خپل نوم، لاسلیک او هغه نېټه چې فورمه یې لاسلیک کړې چمتو کړي.

د فورمي سپارل

تاسو کولی شئ خپل بشپړ شوی فورمه په لاندې لارو کې وسپارئ:



- که تاسو په **Milwaukee کوچني ښار** کې اوسېږئ، فورمه دې ته واستوئ:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

- د فورمي ټولې پانې ACCESS ته سکین کړئ. تاسو کولی شئ دا د خپل ACCESS حساب له لارې ترسره کړئ، کوم چې تاسو په access.wi.gov کې ننوتلی شئ. (یادونه: که تاسو د ACCESS حساب نلرئ، تاسو کولی شئ access.wi.gov ته لار شئ او یو جوړ کړئ.)

- که تاسو په **Milwaukee کوچني ښار** کې نه اوسېږئ، فورمه دې ته واستوئ:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

- یادونه: تاسو کولی شئ یوازې په ځانګړو وختونو کې د لپاره فورمي اسکن کړئ ACCESS. که تاسو نشئ کولی فورمه ACCESS ته سکین کړئ، فورمه د یوې بلې لارې په کارولو سره وسپارئ.



- فورمه خپلې ادارې ته ویسه. ستاسو د ادارې د اړیکې معلومات د DHS په ویب پاڼه کې شتون لري dhs.wi.gov/im-agency.

- که تاسو په **Milwaukee کوچني ښار** کې اوسېږئ، فورمه 888-409-1979 ته فکس کړئ.
- که تاسو په **Milwaukee کوچني ښار** کې نه اوسئ، فورمه 855-293-1822 ته فکس کړئ.

د مجاز استازو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د DHS ویب پاڼې ته لار شئ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm



د غوښتونکي / غړي لخوا باید ډک شي

1. برخه

زه يم:

☐ د باصلاحیته استازی ټاکل. تاسو باید د 1 برخې ټول ځایونه ډک کړئ.

☐ زما د مجاز استازی بدلول. تاسو باید د 1 برخه ټول ډک کړئ. دا ترلاسه کړئ چې تاسو د B برخه کې د خپل نوي مجاز استازي په نوم لیکئ.

☐ زما د واک لرونکي استازي لري کول. تاسو باید د 1 برخې A او D برخه ډکه کړئ. B برخه خالي پریرئ.

A برخه: شخصي معلومات

نوم - غوښتونکی/غړی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي)

د زیریدو نېټه

د قضیې شمېره (که تاسو لرئ)

B برخه: د واک ورکولو معلومات

زه لاندې سازمان د خپل با اختاره استازي په توګه ټاکم:

زه غواړم چې زما مجاز استازی زما د وړتیا او ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي. مهرباني وکړئ په یاد ولرئ چې لیکونه به د سازمان د تماس کس ته واستول شي.

☐ نه ☐ هو

C برخه: د تفاهم بیانيې

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- زه د هر هغه سازمان غوره کولو حق لرم چې غواړم زما با اختيار استازی شي.
- زه کولی شم په هر وخت کې خپل مجاز استازی بدل کړم يا لري کړم. زه بايد خپلې ادارې ته په ليکلي ډول خبر ورکړم چې زه غواړم خپل مجاز استازی بدل کړم يا لري کړم.
- زه اړتيا نلرم چې يوې ادارې ته ووايم چې زه يې د خپل مجاز استازي په توگه لري کوم.
- په دې فورمه کې لست شوي مجاز استازی به تر هغه زما مجاز استازی پاتې شي چې زه يې تبديل يا لري کړم.
- د مخدره موادو او الکولو درملني مرکز صلاحيت لرونکي استازي به ستاسې رخصت کېدو سره لري شي. دغه سند د صلاحيت پای ته رسولو لپاره سپارل انتخابي دی.
- زما مجاز استازی به زما شخصي معلوماتو ته لاسرسی ولري، لکه زما د ټولنيز امنيت شميره، مالي بيانات، او طبي معلومات ترڅو زما د وړتيا اداره کولو کې مرسته وکړي.
- زه بايد خپل مجاز استازي ته ريښتيني او دقيق معلومات چمتو کړم.
- زه د هغه ناسمو او غلطو معلوماتو مسؤل یم چې زما مجاز استازی يې راپور ورکوي. زه پوهیږم چې زه يا زما با اختيار استازی غلط معلومات ورکوو يا معلومات پټوو، زه ممکن:
 - بايد هغه گټې بيرته تاديه کړم چې ما بايد تر لاسه کړي نه وی.
 - جريمه شم.
 - د پروگرام څخه منع شم.
 - د درغلی لپاره محاکمه شم.
- د دې فورمې په لاسليک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.

D. برخه: لاسلیک او نېټه

د لاسلیک نېټه

لاسلیک — غوښتونکی/غړی





د مجاز استازي لخوا دک شي

2 برخه

A برخه: د اړیکو معلومات

نوم - سازمان

د سړک آدرس

ښار	ریاست	زیپ کوډ	د تلیفون شمیره (د ساحي کوډ په شمول)
-----	-------	---------	-------------------------------------

نوم - د سازمان اړیکه (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي)

دنده - د سازمان د اړیکي شمیره	د بریښنالیک پته — د سازمان اړیکه (اختیاري)
-------------------------------	--

B برخه: د تفاهم بیانونه

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- زه د هغه سازمان په استازیتوب د عمل کولو واک لرم چې د 2 برخې په A برخه کې لیست شوي.
- د یوه مجاز استازي په توګه، سازمان د غوښتونکي یا غړي په استازیتوب د لاندې ټولو یا ټولو ترسره کولو پورې محدود دی:
 - د ګټو لپاره غوښتنه کول یا نوي کول
 - د بدلونونو راپور ورکول
 - د غوښتن لیک ورکونکي یا غړي ادارې سره د ګټو پورې اړوند مسلو کې کار کول
 - د وړتیا اړوند شکایتونه او استیناف ثبتول
- تمه کېږي چې سازمان د غوښتونکي یا غړي شرایطو سره آشنا وي.
- سازمان باید د غوښتونکي یا غړي ادارې ته د 2 برخې په A برخه کې لیست شوي تماس کې بدلونونه راپور کړي.
- غوښتونکی یا غړی کولی شي سازمان په هر وخت کې د دوی د مجاز استازی څخه لیرې کړي.
- غوښتونکی یا غړی اړتیا نلري سازمان ته خبر ورکړي چې دا د دوی د مجاز نماینده په توګه له دندې لرې شوی.
- سازمان د غوښتونکي یا غړي مجاز استازی دی تر هغه چې دوی د مختلف مجاز استازي غوښتنه وکړي یا د مجاز استازی نه درلودل غوره کړي.
- سازمان او هرڅوک چې د هغې په استازیتوب عمل کوي باید ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړي.
- که چېرې سازمان غلط یا غلط معلومات وړاندې کړي، نو غوښتونکی یا غړی ممکن اړتیا ولري چې په غلطۍ کې ترلاسه شوي د روغتیا پاملرنې ګټې بیرته ورکړي.
- که چېرې سازمان په عمدي توګه د پروګرام قواعدو څخه سرغړونه وکړي، نو دا باید د FoodShare هر ډول ګټې بیرته ورکړي چې په غلطۍ سره کارول شوي یا ترلاسه شوي.
- اداري او هر هغه څوک چې یې استازیتوب کوي باید د ګټو شخړې او د معلوماتو محرمیت اړوند د 42 C.F.R. برخه 431، فرعي برخه F؛ 45 C.F.R. § 155.260(f)؛ 42 C.F.R § 447.10؛ او 7 CFR 273.2(n)(4)، په ګډون ټول د تطبیق وړ بालتي او فدرالي قوانینو سره مطابقت ولري.

- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه د 2 برخې، په A برخه کې د لیست شوي سازمان په استازیتوب په پورته بیاناتو پوهیږم او ورسره موافق یم.
- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې هغه سازمان چې د 2 برخې په A برخه کې لیست شوی، د غوښتونکي یا غړي لپاره به د هغه مجاز استازي په توګه کار وکړي چې په 1 برخه کې لیست شوی دی.

C برخه: لاسلیک او نیټه	
لاسلیک — د سازمان اړیکه	د لاسلیک نیټه

3 برخه	د شاهدانو لخوا پک شي
--------	----------------------

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدا)	
لاسلیک — شاهد	د لاسلیک نیټه

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدايي) (که غوښتونکي/غړي د X سره لاسلیک کړی وي)	
لاسلیک — شاهد	د لاسلیک نیټه

د خوړو د مرستې بشپړونکي پروگرام (SNAP) او د متحده ایالاتو ځایي سور پوستو ته ځانګړی شوی سیمو کې د خوراکي توکو د ویش پروگرام (FDPIR) ایالتي یا سیمه ییزې ادارې او د هغوی فرعي ادارې باید د عدم تبعیض لاندینی بیانیه خپور کړي:

د فدرال مدني حقوقو قانون او د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مقرارتو او مدني حقوقو تګلارې سره سم دغه اداره د نژاد، رنګ، ملي منشاء، جنسیت (د جنسې هویت او جنسې تمایل په شمول) مذهبي عقیدې، معلولیت، سن، سیاسي اعتقادات، پر اساس تبعیض یا غچ اخیستنې یا د مخکنی مدني حقوقو فعالیت له کبله د انتقام اخیستنې عمل ممنوع دی.

د دې پروګرام په هکله معلومات کیدای شي په غیر انګلیسي ژبو کې هم د لاسرسۍ وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلولیت لري او یا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بېل اېزارو ته اړتیا لري (لکه د برېل لیکنه، د متن لویې اندازې چاپ، غریز نوار، د امریکایي اشارې ژبه) نو دغه کسان دې باید (ایالتي یا سیمه ییزې) ادارې سره چیرته چې یې د امتیازاتو ترلاسه کولو لپاره عریضه ورکړی هغې ادارې سره اړیکه ونیسي. کوم کسان چې کون دي، اورېدلو کې ستونزې لري یا په خبرې کولو کې ستونزې لري، د فدرال بیا خبرولو خدماتو له لارې د امریکې متحده ایالاتو د کرنې وزارت سره په 877-8339 (800) شمېره اړیکه ونیسي.

د دې پروګرام پورې اړوند د تبعیض شکایتونه باید د شکایت کوونکي، د AD-3027 فورمه چې د USDA (د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) د شکایاتو فورمه ده، لاندینی انټرنټي آدرس څخه د ترلاسه کولو وروسته باید ډکه کړي. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-pashto.pdf>, دغه فورمه تاسو د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) هر دفتر څخه دغې شمېرې 1071-620 (833) سره د اړیکې نولو سره یا د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) پټي ته د لیک استولو له لارې ترلاسه کولی شئ. استول شوی مکتوب باید د شکایت کوونکي نوم، پته، د تلفون شمېره، او په لیکل شوی بڼه د تبیضي عمل شرح د جزئیات باید په کافی اندازه ذکر شوی وي تر څو د مدني حقوقو مرستندوی (ASCR) ته د دغه نقض په څرنگوالي او د دغه نقض د نیتي او دغه مدني حقوقو د ادعا په اړه په سمه توګه اطلاع ورکړي. د AD-3027 تکمیل شوی فورمه لاندینی پټي ته واستول شوي.

(۱) پوستي آدرس:

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

(۲) د فکس شمېره:

یا: 833-256-1665 (833)-690-7442 (202)

(۳) برېښنالیک یا انټرنټي آدرس:

FNSCIVILRIGHTS COMPLAINTS@usda.gov

دغه اداره د مساوي فرصتونو برابرولو اداره ده.

د نه تبعيض خبرتيا: تبعيض د قانون خلاف دی - د روغتيا پاملرنې پورې اړوند پروگرامونه

د Wisconsin Department of Health Services (ويسکونسن د روغتيا خدماتو څانگه) د فدرالي مدني حقونو د تطبيق وړ قوانينو سره مطابقت لري او د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت، يا جنسيت پر بنسټ تبعيض نه کوي. د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د نژاد، رنگ، قومي اصل، عمر، معيوبيت، يا جنسيت له امله خلک نه اخلي يا له هغوی سره توپير نه کوي.

د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه):

- د معلوليت لرونکو خلکو لپاره وړيا مرستې او خدمتونه وړاندې کوي ترڅو له مور سره په اغيزمنه توگه اړيکه ونيسي، لکه:
 - د نښې ژبې وړ ژباړونکي.
 - په نورو شکلونو کې ليکل شوي معلومات (لوی چاپ، آډيو، د لاسرسي وړ برېښنايي بڼه، نور فارمينونه).
- هغو خلکو ته چې لومړنۍ ژبه يې انگليسي نه وي د وړيا ژبې خدمتونه وړاندې کوي، لکه:
 - وړ ژباړونکي.
 - معلومات په نورو ژبو ليکل کيږي.

که تاسو دې خدماتو ته اړتيا لرئ، د 844-201-6870 شمېره د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي سره اړيکه ونيسئ.

که تاسو په دې باور ياست چې د Department of Health Services (روغتيا خدماتو څانگه) د دې خدماتو په وړاندې کولو کې پاتې راغلی يا د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت يا جنسيت پر بنسټ په بل ډول تبعيض شوی، تاسو کولی شئ شکايت درج کړئ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, برېښنالیک ته dhscre@dhs.wisconsin.gov. تاسو کولی شئ شکايت په شخصي ډول يا د پوستي، فکس يا برېښنالیک له لارې ثبت کړئ. که تاسو د شکايت ثبتولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، د Department of Health Services (روغتيا خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي ستاسو سره د مرستې لپاره شتون لري.

تاسو کولی شئ د U.S. Department of Health and Human Services (متحده ايالاتو د روغتيا او بشري خدماتو څانگې) سره د مدني حقونو شکايت ثبت کړئ، Office for Civil Rights (د مدني حقونو لپاره دفتر)، په الکترونيکي توگه د Office for Civil Rights (مدني حقونو د شکايتونو د دفتر) له لارې، دلته شتون لري <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، يا د پوستي يا تليفون له لارې.

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

د شکايت فورمې په کې شتون لري <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 Deitsch (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 بالجمان 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).