

Solicitud para planes dentales, planes de la vista y paquete de plan dental + plan de la vista

Este formulario debe ser usado por los solicitantes que desean inscribirse en un plan dental, un plan de la vista o el paquete de plan dental + plan de la vista Specialty DuoSM individual y familiar (IFP, por sus siglas en inglés) de Blue Shield. Incluya la cuota/prima del primer mes para evitar que se le devuelva la solicitud.

Usted es elegible para cualquier plan dental, plan de la vista o para el paquete de plan dental + plan de la vista Specialty DuoSM individual y familiar (IFP) si vive en California al momento de la inscripción. Si usted tenía un plan dental o de la vista IFP de Blue Shield que se canceló por alguna razón (ya sea que lo haya cancelado usted o Blue Shield), debe esperar seis meses a partir de la fecha de cancelación para volver a pedir el plan.

Parte 1: Información de la cobertura del plan

Motivo de la solicitud (elija una opción):

- Empezar una inscripción nueva Cambiarse a un plan diferente
 Agregar un familiar dependiente a la cobertura actual Fecha de comienzo pedida: _____

Opciones de cobertura:

Planes dentales:	Planes de la vista:	Paquete de plan dental + plan de la vista:
<input type="checkbox"/> Dental HMO <input type="checkbox"/> Enhanced Dental PPO 50/2000 <input type="checkbox"/> Dental Standard HMO <input type="checkbox"/> Enhanced Dental PPO 50/2000 <input type="checkbox"/> Dental PPO <input type="checkbox"/> Lifetime Ortho 1500 <input type="checkbox"/> Dental PPO 1500	<input type="checkbox"/> Ultimate Vision 15/25/120* <input type="checkbox"/> Ultimate Vision 15/25/150*	<input type="checkbox"/> Paquete Specialty Duo SM (plan dental + plan de la vista)*

Solo para los solicitantes de los planes Dental HMO: Elija un dentista del Directorio de Proveedores en blueshieldca.com/fad o llame al **(888) 256-3650** si necesita ayuda.

Nombre del proveedor de Dental HMO: _____ Número de proveedor de Dental HMO: _____

Los planes Dental HMO y Dental Standard HMO no están disponibles en ciertos códigos postales, incluidos todos los de los condados de Butte, Humboldt, Lake, Lassen, Nevada, Shasta, Sutter, Tehama, Marin, Napa, San Luis Obispo y Santa Bárbara.

Opción de seguro de vida*: El seguro de vida está disponible para los solicitantes de entre 1 y 64 años. La cobertura se ofrece en cantidades de entre \$10,000 y \$100,000. Para las cantidades de beneficio de \$50,000 en adelante se aplican ciertas condiciones. Para comprar una cobertura de seguro de vida, debe completarse una solicitud de seguro de vida por separado. Para conocer las tarifas del seguro de vida y pedir la cobertura, visite nuestro sitio web en blueshieldca.com/term-life.

*Asegurado por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Nota: Los formularios de Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (SDBC, por sus siglas en inglés) están disponibles para todos los planes dentales. Esos formularios muestran un resumen de la cobertura y los beneficios de los planes. Ingrese en blueshieldca.com/policies para descargar los formularios de SDBC correspondientes a cualquier plan dental que haya pedido.

Parte 2: Información del solicitante principal

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Casado(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pareja doméstica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido	
¿Tiene actualmente cobertura dental por medio de Blue Shield? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó "Sí", indique su plan		N.º de ident. de suscriptor del plan dental (si corresponde)
¿Tiene actualmente cobertura médica por medio de Blue Shield? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó "Sí", indique su plan		N.º de ident. de suscriptor del plan médico (si corresponde)
¿Tiene actualmente cobertura de la vista por medio de Blue Shield? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó "Sí", indique su plan		N.º de ident. de suscriptor del plan de la vista (si corresponde)
Preferencia para los mensajes <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel	N.º de teléfono celular del solicitante	N.º de teléfono alternativo del solicitante (línea fija)	N.º de teléfono del trabajo del solicitante

Dirección electrónica del solicitante **(Necesaria para enviar comunicaciones electrónicas)**

Dirección del hogar (NO se aceptan casillas postales)		Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de facturación (si es distinta de la dirección del hogar)		Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal del solicitante (si es distinta de la dirección del hogar)		Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal

Método de contacto de preferencia (marque uno):

Teléfono del hogar u otro Teléfono del trabajo Teléfono celular Correo electrónico Correo común

Idioma de preferencia:

Inglés Español Chino Vietnamita Coreano Otro _____

Parte 3(a): Información del cónyuge/pareja doméstica dependiente solicitante

Cónyuge Pareja doméstica Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del indicado anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del cónyuge/pareja doméstica solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (dirección; incluya el código postal y el estado)

Preferencia para los mensajes: <input type="checkbox"/> Electrónicos <input type="checkbox"/> En papel	N.º de teléfono celular del solicitante	N.º de teléfono alternativo del solicitante (línea fija)
---	---	---

Dirección electrónica del solicitante **(Necesaria para enviar comunicaciones electrónicas)**

Tengo la autorización de mi pareja/cónyuge para aceptar en su nombre que Blue Shield y sus entidades y agentes afiliados puedan comunicarse con él/ella sobre nuestra cuenta y los diversos programas de salud y bienestar disponibles para nosotros, y sobre otra información promocional que pueda beneficiarme a mí y a mis dependientes, incluidos los mensajes por teléfono o de texto a los números que indiqué en este formulario, por medio de un marcador automático o una voz artificial o pregrabada. Sí No

Parte 3(b): Información de los hijos dependientes solicitantes

Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes piden la cobertura, incluya una hoja adicional con toda la información que se pide a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si incluye una hoja adicional.

1. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del indicado anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (dirección; incluya el código postal y el estado)

Iniciales del solicitante principal _____

2. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del indicado anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (dirección; incluya el código postal y el estado)

3. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del indicado anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (dirección; incluya el código postal y el estado)

4. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del indicado anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (dirección; incluya el código postal y el estado)

5. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del indicado anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (dirección; incluya el código postal y el estado)

6. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del indicado anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (dirección; incluya el código postal y el estado)

7. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del indicado anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (dirección; incluya el código postal y el estado)

8. <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación (p. ej., hijo/hija)	
Primer nombre	Inicial del segundo	Apellido (si es distinto del indicado anteriormente)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal del solicitante		Fecha de nacimiento (mes/día/año)

¿La dirección del hijo dependiente solicitante es la misma que la del solicitante principal? Sí No
Si no lo es, ¿dónde vive el solicitante? (dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 4: Autorizaciones, términos y condiciones

Lea los siguientes términos y condiciones cuidadosamente. Todos los solicitantes de 18 años en adelante deben revisar la solicitud completa e incluir su propia firma y autorización. Guarde una copia de esta solicitud para sus registros.

1. **Solicitud de cobertura:** Entiendo que Blue Shield tiene derecho a rechazar mi solicitud de cobertura. Además, entiendo que debo vivir en California para poder inscribirme en este plan o paquete. Le informaré a Blue Shield sobre cualquier cambio que tenga relación con mi elegibilidad para el plan dental, el plan de la vista o el paquete de plan dental + plan de la vista Specialty DuoSM. Además, acepto brindar la información que Blue Shield necesite para verificar mi elegibilidad o la continuidad de mi elegibilidad para la cobertura, y entiendo que la falta de cooperación podría ocasionar la cancelación de la cobertura. Si usa los servicios de un corredor como ayuda para inscribirse fácilmente, la retribución económica que recibe esa persona se basa en un porcentaje de su prima mensual total y está cubierta por Blue Shield. Su prima mensual no cambiará si decide usar los servicios de un corredor. Además, su corredor podría recibir una bonificación si cumple con ciertos objetivos de venta.
2. **Cuotas/primas del primer mes:** Blue Shield exige que las cuotas/primas del primer mes se paguen al momento de presentar la solicitud. Visite buyblueshieldca.com o comuníquese con su agente para conocer el costo aproximado de sus cuotas/primas mensuales. Para obtener información sobre las opciones de pago, vea la Parte 6. Si no envía el pago total de las cuotas/primas, se le devolverá su solicitud. Tenga en cuenta que el procesamiento de su pago no significa que se apruebe su solicitud de Blue Shield o Blue Shield Life. Si adjunta un cheque, este se destruirá.
3. **Cuotas/primas:** Las cuotas/primas se deben pagar en su totalidad antes de la fecha de vencimiento. La cobertura será cancelada por no pagar las cuotas/primas puntualmente, según lo que se establece en la *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud/Póliza* tal como lo permita la ley.
4. **Fecha de comienzo de la cobertura:** Si usted califica para la cobertura, Blue Shield le avisará la fecha de comienzo de su cobertura. Si Blue Shield no puede cumplir con la fecha de comienzo que usted pidió o no puede emitir la cobertura antes de la fecha que pidió, la cobertura empezará lo antes posible. Si se deben cuotas/primas adicionales, se debe recibir el pago antes de que empiece la cobertura. No están cubiertos los cargos generados por servicios recibidos antes de la fecha de comienzo o después de que se haya cancelado o terminado la cobertura.
5. **Aceptación de la solicitud:** Usted entiende que únicamente Blue Shield puede aceptar su solicitud y emitir la cobertura de un plan o una póliza pedidos mediante este formulario. Su agente o corredor de seguros no puede emitir una cobertura, inscribirlo en ella ni cambiar ninguno de los términos o las condiciones de la cobertura.
6. **Padres/madres/tutores:** Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de un solicitante menor de edad, firme en nombre del solicitante al final de esta Parte 4. El padre, la madre o el tutor legal son las personas que pueden hacer consultas y actuar en nombre del solicitante en relación con esta cobertura (según lo permitido por la ley). Además, usted acepta asumir toda la responsabilidad de los pagos de las cuotas/primas, y cumplir los términos y las condiciones de la cobertura. Si usted no es el padre ni la madre del solicitante, incluya los documentos judiciales que lo nombran tutor legal del menor. Marque una de las siguientes casillas e identifique a la persona autorizada para actuar en nombre del menor (solicitante):
 - Padre o madre únicamente _____
(incluya el nombre y la relación); o
 - Tutor legal únicamente _____
(incluya el nombre y la relación); o
 - Representante de la orden de apoyo médico calificado infantil _____
(incluya el nombre y la relación).
 - Marque esta casilla si Blue Shield solo puede hacer cambios en el contrato si recibe un pedido por escrito de parte de la persona identificada anteriormente.
7. **Autorización para que el cónyuge/pareja doméstica haga cambios:** Si usted es un solicitante cuyo cónyuge/ pareja doméstica también pide la cobertura, indique si autoriza a su cónyuge/pareja doméstica a hacer cambios en el contrato/póliza en su nombre. Usted puede suspender esta autorización en cualquier momento enviando un pedido por escrito a Blue Shield. Sí No
8. **Autorización para que su agente brinde u obtenga información:** Al dejar esta casilla en blanco, usted autoriza a su agente, corredor o productor de seguros (llamado "su agente") a tener acceso a toda la información incluida en esta solicitud. Marque esta casilla si **no quiere** autorizar a su agente a hacer esto.
9. **Proceso para autorizar a Blue Shield a revelar información personal y sobre la salud a un tercero:** Si desea autorizar a su cónyuge, a su pareja doméstica o a un tercero a obtener acceso a la información personal sobre su salud, complete el formulario llamado Authorization for the Use or Disclosure of Health Information (Autorización para el Uso o Revelación de Información sobre la Salud). Para obtener este formulario, visite blueshieldca.com/privacy o llame al (888) 256-3650.
10. **La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.**

- 11. Respuesta a la información pedida:** Usted acepta cooperar con Blue Shield (o Blue Shield Life, según corresponda) brindando los documentos y otra información que se le pida (como órdenes judiciales para brindar cobertura a dependientes, etc.) o el acceso a ellos para confirmar la información incluida en esta solicitud de cobertura. Usted reconoce y acepta que si no brinda o si se niega a brindar esos documentos u otra información que se le pida se puede rechazar esta solicitud o rescindir o cancelar su cobertura.
- 12. Recibir material y avisos de manera electrónica o impresa:** Usted recibirá material y avisos necesarios relacionados con la cobertura y el plan de beneficios por correo electrónico, en blueshieldca.com/policies y/o al iniciar sesión en el sitio web de Blue Shield, blueshieldca.com, según corresponda. Los documentos disponibles para usted de forma electrónica incluyen:
- Tarjetas de identificación de suscriptor de Blue Shield
 - Declaración de Beneficios (SOB, por sus siglas en inglés)
 - Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud (EOC, por sus siglas en inglés)/Póliza
 - Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (SDBC)
- Tiene derecho a recibir material impreso por correo postal en cualquier momento y sin costo alguno. Si desea recibir material impreso por correo postal o cancelar la autorización para recibir avisos por correo electrónico, o si tiene alguna pregunta, llame al **(888) 256-3650**.
- 13.** Para su protección, la ley de California exige que en este formulario aparezca lo siguiente: Toda persona que brinde deliberadamente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para presentar una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y al encarcelamiento en una prisión estatal.

He revisado todas las respuestas que se relacionan conmigo en esta solicitud. He leído el Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales, según corresponda, el Resumen de Beneficios y los términos y las condiciones de la cobertura, y las autorizaciones establecidas anteriormente. Con mi propia firma más abajo, declaro que la información que di en esta solicitud es exacta y está completa hasta donde yo sé, y entiendo y acepto los términos y las condiciones de la cobertura y las autorizaciones que he brindado. (Importante: Todos los solicitantes adultos deben firmar a continuación). Entiendo que debo informar a Blue Shield si hay algún cambio o diferencia en la información que incluí en esta solicitud antes de que empiece mi inscripción en Blue Shield.

Firma del solicitante (padre, madre o tutor legal si el solicitante es menor de edad)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta (y su relación si el solicitante es menor de edad)
Firma del solicitante (padre, madre o tutor legal si el solicitante es menor de edad)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta (y su relación si el solicitante es menor de edad)
Firma del cónyuge/pareja doméstica del solicitante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta

Importante: Envíe la solicitud dentro de los 30 días después de firmarla y colocar la(s) fecha(s).

Parte 5: Información del productor; debe ser completada por un agente autorizado de Blue Shield

1. ¿Usted completó esta solicitud? Sí No

2. Si contestó "Sí", ¿hizo las preguntas de esta solicitud exactamente como aparecen aquí? Sí No

3. ¿Registró las respuestas exactamente con la información que recibió? Sí No. Incluya una explicación.

4. ¿Desea que la *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud/Póliza* se envíe directamente al suscriptor?
 Sí No

Nombre del productor (la entidad o la persona que recibirá las comisiones)

Dirección electrónica Actualizar dirección electrónica Número de productor

N.º de teléfono Actualizar n.º de teléfono N.º de fax Actualizar n.º de fax

Dirección del productor Actualizar dirección

Ciudad Estado Código postal

Nombre del superproductor Número de superproductor

Al firmar más abajo, yo, como agente, corredor, abogado, firma de abogados o representante que ha ayudado al solicitante a presentar esta solicitud, verifico que, hasta donde yo sé, la información de la solicitud está completa y es exacta. Le he explicado al solicitante, de manera fácil de entender, el riesgo que supone para el solicitante brindar información incorrecta, y el solicitante entendió la explicación.
Si un declarante intencionalmente afirma como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, esa persona estará sujeta a una multa civil de hasta diez mil dólares (\$10,000), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda conforme a la ley vigente.

Firma del productor (obligatoria) Fecha de hoy (obligatoria) Nombre en letra de imprenta

Productores: Asegúrese de que todas las partes de la solicitud estén completas. En el caso de que falte información o de que la información esté incompleta, es posible que Blue Shield se comunique directamente con el solicitante para obtener la información completa.

Envíe la solicitud completa y firmada por fax o por correo postal a:

Installation and Billing
 Blue Shield of California
 P.O. Box 3008
 Lodi, CA 95241-1912
 Fax: (888) 386-3420

Solo para uso interno
Nombre del DSA: _____
Número del DSA: _____
Número de productor: _____

Parte 6: Información sobre la facturación y el pago

Calcule el costo aproximado de las cuotas/primas mensuales

- Visite buyblueshieldca.com o hable con su agente para conocer el costo aproximado de sus cuotas/primas.
- Las cuotas/primas del primer mes se deben pagar al momento de presentar la solicitud.
- Blue Shield emitirá una cuota/prima final antes de cualquier fecha de comienzo de la cobertura. Si la cantidad final es distinta de la cantidad aproximada de las cuotas/primas y se deben cantidades adicionales, el pago deberá recibirse antes de que empiece la cobertura.

Opciones de pago

Su cuota/prima del primer mes puede pagarse enviando un cheque* o un giro postal.

* Cuando paga con un cheque, autoriza a Blue Shield a usar la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos por única vez de su cuenta o a procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando usemos la información de su cheque para hacer una transferencia de fondos electrónica, estos se debitarán de su cuenta tan pronto como aprobemos su solicitud y no recibirá el cheque de vuelta a través de su institución financiera.



NOTICES AVAILABLE ONLINE

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。