

隐私惯例声明

Blue Shield of California Promise Health Plan

本声明描述了关于您的医疗信息可能如何被使用和披露, 以及您如何获取该等信息。请仔细阅读。

我们的隐私承诺

在 Blue Shield of California Promise Health Plan, 我们理解保护个人信息的重要性, 并承担义务严肃认真地对待个人信息。

在正常的营运过程中, 我们会创建关于您、您所受医疗照护以及我们为您所提供的服务的记录。这些记录中的信息称为“受保护的健康信息”(PHI, Protected Health Information), 包括您的个人身份信息, 如姓名、地址、电话号码和社会安全号码, 以及您的健康信息, 如医疗诊断或索赔信息。

联邦和州法律要求我们向您提供本通知, 阐明我们与您的 PHI 相关的法律责任和隐私惯例。我们必须维护您的 PHI 的隐私, 并在您遭受未受保护的 PHI 泄露事件影响时通知您。当我们使用或提供 (“披露”) 您的 PHI 时, 我们受本通知条款的约束, 该等条款适用于我方生成、获取和/或持有的包含您 PHI 的所有记录。

我们如何保护您的隐私

我们通过维护物理、技术性和行政性保障措施, 以确保您的 PHI 的隐私。为了保护您的隐私, 仅经授权与培训的 Blue Shield Promise 员工有权查阅我们的纸质和电子记录, 以及进入存储这些信息的非公共区域。

员工接受的培训主题包括:

- 隐私和数据保护政策和程序, 包括如何标记、存储、归档和访问纸质和电子记录。
- 落实物理、技术性和行政性保障措施, 以维护您的 PHI 的隐私和安全。

我司的隐私办公室监督我们如何遵守我们的隐私政策和程序, 并就这一重要主题对内部组织展开教育。

Medi_21_144_LA_CS_012022



Promise
Health
Plan



我们如何使用和披露您的 PHI

使用 PHI 时无需经您授权的情形

在为您提供健康福利和服务时,如有必要,我们可能会在未经您书面授权的情况下披露您的 PHI。我们可能出于以下目的披露您的 PHI:

治疗

- 与护士、医生、药剂师、验光师、健康教育者和其他医疗保健专业人员分享,以便他们确定您的护理计划。
- 为了帮助您获得您可能需要的服务和治疗——例如,预订化验测试以及使用化验结果。
- 与医疗机构或专业人员协调您的医疗保健和相关服务。

付款

- 获取针对您保险的保费付款。
- 作出承保决定——例如,与医疗保健专业人员讨论为您提供的服务付费的问题。
- 与您可能拥有的其他保险协调福利——例如,与其他健康计划或保险公司沟通,以确定您的资格或承保范围。
- 从可能负责付款的第三方(例如家庭成员)处获得付款。
- 以其他方式确定并履行我们的责任,为您提供健康福利——例如,管理索赔。

医疗保健业务

- 用以提供客户服务。
- 用以支持和/或改进我们为您提供的计划或服务。
- 协助您管理健康——例如,向您提供有关您有权获得的治疗方案的信息,或向您提供医疗保健服务或治疗提醒。
- 用以支持与您有关系的其他医疗计划、保险公司或医疗保健专业人员,以改进其为您提供的计划——例如,用于病例管理或支持的责任护理组织(ACO, Accountable Care Organization)或以患者为中心的医疗家庭安排。
- 用于核保、会费或保费评级,或与建立、续订或更换健康保险或保险合同有关的其他活动。然而,请注意,我们不会使用或披露您的 PHI(即遗传信息)用于核保目的——此举已被联邦法律禁止。

在法律允许或要求的情况下, 我们也可能出于其他目的而未经您的书面授权披露您的 PHI。这包括:

向其他参与您的医疗保健的人士披露

- 如果您在场或有其他方式可以指示我们这样做, 我们可能会向其他人披露您的 PHI, 例如家庭成员、密友或您的照顾者。
- 如果您处于紧急情况、不在场、无行为能力或您已身故, 我们将根据我们的专业判断来决定向他人披露您的 PHI 是否符合您的最佳利益。如果我们确实在您不在场的情况下披露了您的 PHI, 我们将仅披露与此人参与您的治疗或与您治疗相关的付款直接相关的信息。我们可能会披露您的 PHI, 以便通知 (或协助通知) 上述人士您的位置、您的一般健康状况或您的身故。
- 我们可能会将您未成年子女的 PHI 披露给该子女的另一位家长。

向供应商和认证组织进行披露

我们可能会将您的 PHI 披露给:

- 代表 Blue Shield Promise 提供某些服务的公司。例如, 我们可能会聘请供应商帮助我们为患有糖尿病和哮喘等慢性疾病的会员提供信息和指导。
- 认证组织, 例如 National Committee for Quality Assurance (NCQA, 国家质量评估委员会), 用于质量测量之目的。

请注意, 在我们分享您的 PHI 之前, 我们已获得供应商或认证机构的书面协议, 以保护您 PHI 的隐私。

沟通

我们可能会利用您的 PHI 与您联系, 以提供有关您的健康计划保险、福利、健康相关计划和服务、治疗提醒或可供您选择的治疗方案的信息。

筹款

我们不会将您的 PHI 用于筹款目的。

健康或安全性

我们可能会披露您的 PHI, 以防止或减轻对您健康或安全或公众健康或安全的严重和紧急威胁。

公共卫生活动

我们可能会将您的 PHI 披露给:

- 向经法律授权接收该等信息的公共卫生主管部门报告健康信息, 以便预防或控制疾病、伤害或残疾或监测免疫接种。
- 向经法律授权接收此类报告的政府部门报告儿童虐待或忽视、或成人虐待, 包括家庭暴力。
- 向负责产品或活动质量、安全性或有效性的人员报告由美国食品和药品管理局 (FDA, Food and Drug Administration) 监管的产品或活动的信息。

- 如果我们经法律授权发出此类通知, 以警告可能已接触传染病的人士。

卫生监督活动

我们可能会将您的 PHI 披露给:

- 依法负责监督医疗保健系统或确保遵守政府福利计划规则的政府机构, 例如 Medicare 或 Medicaid。
- 其他需要健康信息来确定合规性的监管计划。

研究

我们可能出于研究目的而披露您的 PHI, 但仅限于法律允许的情况下。

遵守法律

为遵循法律规定, 我们可能会使用和披露您的 PHI。

司法和行政程序

我们可能会在司法或行政程序或回应有效的法律命令时, 披露您的 PHI。

执法人员

我们可能会根据法律要求或法院命令或法律授权的其他程序, 向警方或其他执法人员披露您的 PHI。

政府职能部门

根据法律要求, 我们可能会将您的 PHI 披露给政府的各个部门, 例如美国军方或 U.S. Department of State (美国国务院)。

工伤赔偿

我们可能会在必要时披露您的 PHI, 以遵守工伤赔偿法律。

使用 PHI 时需经您授权的情形

除上述目的外, 我们必须获得您的书面授权方能使用或披露您的 PHI。例如, 在没有您事先书面授权的情况下, 我们不会将您的 PHI 用于营销目的, 也不会没有您书面授权的情况下将您的 PHI 提供给未来的雇主。

某些被视为“高度机密”的 PHI 的使用和披露

对于某些类型的 PHI, 联邦和州法律可能要求加强隐私保护。这包括以下类型的 PHI:

- 留在心理治疗笔记中的内容
- 关于酒精和药物滥用、预防、治疗和转诊
- 关于 HIV/AIDS 检测、诊断或治疗
- 关于性病和/或传染病
- 关于基因检测

除非法律明确允许或要求, 否则我们仅可在您事先书面授权的情况下披露此类受特别保护的 PHI。

授权的取消

您可随时取消您之前给予我们的书面授权。当以书面形式提交给我们时, 取消将适用于您 PHI 的未来使用和披露。在您的授权有效期间, 该取消不会影响先前的使用或披露。

您的个人权利

对于由 Blue Shield Promise 为您创建、获取和/或维护有关您的 PHI, 您拥有以下权利:

要求限制的权利

针对本通知所述的治疗、付款和医疗保健营运目的, 您可要求我们限制使用和披露您的 PHI。我们不一定要同意您的限制要求, 但我们会认真考虑。

如果我们同意限制要求, 我们将遵守该限制, 直至您要求或同意终止限制。我们还可能会通知您, 我们将终止对限制的协议。在这种情况下, 终止仅适用于在我们通知您终止后创建或接收的 PHI。

接受机密通讯的权利

您可以要求通过其他方式, 或在其他位置接收包含 PHI 的 Blue Shield Promise 通讯。根据法律的要求, 在具有可行性的情况下, 我们会考虑合理的要求。我们可能要求您以书面形式提出要求。如果您的要求涉及未成年子女, 我们可能会要求您提供法律文件来支持您的要求。

获取您 PHI 的权利

您可以要求审查或接收我们在“指定记录集”中维护的、关于您的某些 PHI 的副本。这包括, 例如, 入保记录、付款、索赔裁决、个案或医疗管理记录系统的记录, 以及我们用来做出关于您的决

定的任何信息。您的要求必须以书面形式提出。只要有可能,并根据法律要求,我们将以您要求的形式(纸质或电子)和格式向您提供您的 PHI 副本。如果您索取 PHI 的副本,我们可能会向您收取合理的、基于成本的费用,以此制作、复制和/或将副本邮寄给您。在法律允许的某些有限情况下,我们可能会拒绝您获取您的部分记录。

修改您记录的权利

您有权要求我们更正或修改我们在指定记录集中维护的、关于您的 PHI。您的要求必须以书面形式提出,并说明您希望修改 PHI 的原因。如果我们确定 PHI 不准确或不完整,在法律允许的情况下,我们将予以更正。如果您想要更改的 PHI 系由医生或卫生保健机构创建,则应要求他们修改信息。

获取披露清单的权利

根据您的书面要求,我们将向您提供我们在指定时间段内(最长为在您提出要求之日的前六年)对您 PHI 进行的披露的清单。不过,该清单将不包括:

- 您已授权的披露。
- 截至您的要求日期,披露时间超过六年的披露。
- 出于治疗、付款与医疗保健营运目的的披露,除法律有所规定以外。
- 法律许可我们不纳入清单的某些其他披露。

如果您在任何 12 个月内多次索取披露清单,我们将在第一次之后针对每份披露清单向您收取合理的基于成本的费用。

指定个人代表的权利

您可以指定另一个人作为您的个人代表。您的代表将被允许获取您的 PHI,与为您提供护理的医疗保健专业人员和设施进行沟通,并代表您行使所有其他 HIPAA (健康保险流通与责任法案) 权利。根据您的授予代表的权限,其也可能有权为您做出医疗保健决策。

获得本通知的纸质副本的权利

根据您的要求,我们将提供本通知的纸质副本,即便您同意以电子方式接收本通知。请参阅本通知的“通知可用性和有效期”章节。

您可采取的行动

联系 Blue Shield Promise

如果您对您的隐私权有疑问, 认为我们可能侵犯了您的隐私权, 或不同意我们对您 PHI 的获取作出的决定, 您可以与我们联系:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

电话: (888) 266-8080 (免费电话)
热线: (855) 296-9086 (免费电话)
传真: (800) 201-9020 (免费电话)
电子邮件: privacy@blueshieldca.com

对于某些类型的要求, 您必须填写并向我们邮寄一份表格, 该表格可通过拨打您的 Promise Health Plan 会员 ID 卡上的客户关怀部电话号码或访问我们的网站 blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy 获得。

联系联邦政府机构

如果您认为我们可能侵犯了您的隐私权, 您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services (HHS, 美国卫生和公共服务部) 的 Office for Civil Rights (民权办公室) 秘书提出书面投诉:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

电话: (877) 696-6775
网站: hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

如果您是加州居民, 您还可以联系加利福尼亚州的 OCR 区域经理:

Region IX Regional Manager

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

电话: (800) 368-1019
传真: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697

联系州府机构

您还可以向加州 Department of Health Care Services (DHCS, 医疗保健服务部) 和 L.A. Care Health Plan 提交书面投诉:

DHCS

Privacy Officer
c/o Office of HIPAA Compliance DHCS
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413

电话: (916) 445-4646
传真: (916) 440-7680
网站: <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>

L.A. Care Health Plan Privacy Office

1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

电话: (888) 839-9909

我们不会因您对我们的隐私惯例提出投诉而对您进行报复。

通知可用性和有效期

通知可用性

可通过拨打您的 Promise Health Plan 会员卡上的客户关怀部电话号码或访问我们的网站 blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy 获取本通知的副本。

更改本通知条款的权利

只要本通知保持有效,我们就必须遵守本通知的条款。我们可随时自行决定变更本通知的条款,并且可以让新条款对我们所持有的所有 PHI 生效,包括我们在发布新通知前创建或收到的任何 PHI。

如果我们变更本通知,我们将更新我们网站上的通知,如果您在该等时间入保了 Blue Shield Promise 福利计划,我们会在法律要求时根据法律要求向您发送新通知。

生效日期: 本通知自 2022 年 1 月 1 日起生效

如需更多帮助和资源,请访问 blueshieldca.com/promise/medical。您也可以在工作日上午 8 点至下午 6 点致电客户关怀部,电话号码: (800) 605-2556 (TTY: 711)。Blue Shield of California Promise Health Plan 与 L.A. Care Health Plan 签订合同,以在 Los Angeles 县提供 Medi-Cal 管理式护理服务。

NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. Blue Shield of California Promise Health Plan follows State and Federal civil rights laws. Blue Shield of California Promise Health Plan does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Blue Shield of California Promise Health Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact Blue Shield of California Promise Health Plan between 8 a.m. – 6 p.m., Monday through Friday. Call Customer Care in your region:

(800) 605-2556 (Los Angeles)

(855) 699-5557 (San Diego)

If you cannot hear or speak well, please call **TTY:711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755
(800) 605-2556 (Los Angeles)
(855) 699-5557 (San Diego)
TTY:711

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that Blue Shield of California Promise Health Plan has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator between 8 a.m. - 6 p.m., Monday – Friday by calling (844) 883-2233. Or, if you cannot hear or speak well, please call TYY/TDD 711.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
- **In person:** Visit your doctor's office or Blue Shield of California Promise Health Plan and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Blue Shield of California Promise Health Plan's website at www.blueshieldca.com/promise/medi-cal.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 009 Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electronically: Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.
-

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Language Assistance Notice

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-605-2556 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-605-2556 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուժեղ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រីល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意: 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电 1-800-605-2556 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务, 例如文盲和需要较大字体阅读, 也是方便取用的。请致电 1-800-605-2556 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

Medi_21_58_LA_04292021
MU_0004142_ENG1_0321

हिन्दी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-605-2556 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-605-2556 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は1-800-605-2556 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-605-2556 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະ ມິໂຕລິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-605-2556 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-605-2556 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТТ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТТ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-605-2556 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-605-2556 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.