

연속성 진료 요청 양식

연속성 진료는 플랜을 변경하거나, 참여하는 서비스 제공자 네트워크에서 플랜 또는 제공자가 종료된 가입자에 대한 지속적인 진료를 허용하는 프로세스입니다. 보장 범위는 플랜의 이용 약관에 따라 다릅니다.

특정 기준을 충족하면 현재 담당의에게 계속 치료를 받을 수 있습니다. blueshieldca.com/forms에서 Blue Shield의 연속성 진료 브로셔를 검토하십시오.

아래 정보를 검토하여 내가 적격인지 확인할 수도 있습니다. 도움이 필요한 경우 Blue Shield 가입자 ID 카드에 있는 가입자 서비스 번호로 연락하십시오.

지침:

이 양식의 **파트 1을 검토하십시오**. 이 양식에서는 연속성 진료 서비스를 위한 자격을 갖추는 방법에 대한 개요를 다루고 있습니다. 유의 사항: 이는 귀하의 플랜의 자격 및 조건에 따릅니다.

이 양식의 **파트 2를 작성하여** 가입자가 받고 있는 치료 및 가입자의 치료에 관여하는 제공자에 대한 정보를 요청합니다. 요청한 치료 문서를 첨부하여 **파트 3을 작성하십시오**.

- 가입자의 제공자와의 초기 상담에서 얻은 메모
- 가입자의 제공자의 마지막 3개 진행 기록
- 가입자의 치료 계획

인증 및 승인 상자를 포함하여 **파트 4 검토**

파트 1 - 적격한 의학적 상태:

플랜 이용 약관에 따라 가입자는 다음과 같은 특정 서비스에 대한 지속적인 치료를 받을 수 있습니다.

- 입원 환자 치료
- 말기 질환 치료
- 급성 의학적 상태, 또는 산모의 정신 건강 상태 등, 정신 건강 또는 약물 남용 장애에 대한 적극적인 치료 과정
- 심각하고 복잡한 상태에 대한 치료 또는 심각한 만성 상태에 대한 적극적인 치료 과정의 일부
- 임신, 산후조리와 관계없이 관리
- 36개월 이하의 신생아 돌봄
- 예약된 비선택적 수술

파트 2 - 현재 치료 및 제공자에 대한 정보

환자 정보

성명:	구독 ID:	
주소:		
도시:	주:	우편번호:
생년월일:	주 가입자와의 관계:	
기본 전화번호:	보조 전화번호:	
고용주가 건강 플랜을 변경하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요		
이전 건강 보험 회사(해당하는 경우):		
Kaiser 의료 기록 번호(해당하는 경우):		
보장 종료 날짜:	이전 건강 플랜이 계속 제공됩니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요	
새 건강 플랜 이름:		
새로운 건강 플랜 발효일:		

환자 의료 정보

임신한 경우, 출산 예정일은 언제입니까?		
출산 예정 병원/시설 이름:	OB/GYN(산부인과) 이름:	
가입자가 현재 입원한 상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요	병원 이름:	
가입자가 현재 가정 건강 관리 또는 호스피스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 또는 <input type="checkbox"/> 아니요		
가정 건강 관리 제공자 또는 호스피스 제공자 이름:		
가정 건강 관리 제공자 또는 호스피스 제공자 세금 ID:		
전화번호:	팩스 번호:	
가입자가 말기 상태입니까?		

고려해야 할 추가 정보

고려해야 할 추가 정보를 전부 작성해주세요.

의료 제공자 정보 1

요청 의료 제공자 성명:		
국내 제공자 식별 번호(NPI):	청구 세금 ID 번호	
도시:	주:	우편번호:
전화번호:	팩스 번호:	
의료 제공자 전문 분야:		
치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):		
치료(해당하는 경우 CPT 코드):		
최초 의료 제공 시작일:		
최근 진료소 방문/치료일:		
다음 예약/치료일:		

의료 제공자 정보 2

요청 의료 제공자 성명:

국내 제공자 식별 번호(NPI):

청구 세금 ID 번호

도시:

주:

우편번호:

전화번호:

팩스 번호:

의료 제공자 전문 분야:

치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):

치료(해당하는 경우 CPT 코드):

최초 의료 제공 시작일:

최근 진료소 방문/치료일:

다음 예약/치료일:

의료 제공자 정보 3

요청 의료 제공자 성명:

국내 제공자 식별 번호(NPI):

청구 세금 ID 번호

도시:

주:

우편번호:

전화번호:

팩스 번호:

의료 제공자 전문 분야:

치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):

치료(해당하는 경우 CPT 코드):

최초 의료 제공 시작일:

최근 진료소 방문/치료일:

다음 예약/치료일:

의료 제공자 정보 4

요청 의료 제공자 성명:

국내 제공자 식별 번호(NPI):

청구 세금 ID 번호

도시:

주:

우편번호:

전화번호:

팩스 번호:

의료 제공자 전문 분야:

치료 중인 상태/진단(해당하는 경우 ICD-10):

치료(해당하는 경우 CPT 코드):

최초 의료 제공 시작일:

최근 진료소 방문/치료일:

다음 예약/치료일:

파트 3 – 각 제공자에 대해 다음 문서를 첨부하십시오

- 치료 의료진이 발행한 초기 상담 기록
- 현재 치료 계획
- 최근 경과 기록물 3회분

파트 4 – 검토

유의 사항: Blue Shield는 다음에 대한 치료 제공자의 서명된 동의를 받은 경우에만 연속성 진료 서비스를 승인할 수 있습니다.

- 1) Blue Shield의 표준 참여 제공 업체 계약 요금 수락
- 2) Blue Shield 가입자의 표준 자가부담금/공동 보험만 징수
- 3) Blue Shield 가입자에게 금액 불일치로 발생한 모든 잔액의 청구를 자제함

가입 증명, 허가, 및 서명

나는 이 모든 내용에 대한 진술과 제출한 모든 서류가 내가 알고 믿는 범위에서 진실이며, 정확하고, 완전함을 증명합니다. 나는 이로써 의사, 의료 시설 및 기타 건강 관리 서비스 제공자, 보험사, 병원, 또는 의료 서비스 플랜이 환자가 수령한 질병과 관련된 모든 정보를 Blue Shield 또는 대리인 또는 직원에게 언제든지 제공할 수 있도록 허가합니다. 본 정보는 본 신청을 처리하고 평가하기 위해 수집됩니다.

응답 가입자 이름: _____

가입자 서명

서명 날짜

가입자에게 연락 가능한 전화번호:

본 양식을 우편으로 제출하려면:
Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

이 양식을 전송할 팩스 번호:
(855) 895-3506

본 팩스 전송에는 권한이 지정되고 보호받는 매우 기밀성이 높은 의료, 개인 및 건강 정보(PHI) 및/또는 법적 정보가 포함될 수 있습니다. 본 정보는 상기에 명시된 개인 또는 단체만 사용할 수 있습니다.

만일 본 자료의 지정된 수신인이 아닌 경우, 이를 사용, 출판, 논의, 전파 또는 배포할 수 없습니다. 만일 본 자료의 지정된 수신인이 아니거나, 전송 오류로 인해 수신한 경우, 발송인에게 즉시 알리고 오류로 전송된 본 정보를 **안전하게** 파기해주세요.

기밀을 적절히 관리하도록 도움을 주셔서 감사합니다.

개정일: 2022년 3월

발효일: 2022년 1월

Blue Shield Promise Health Plan of California

개인 가입자를 위한 차별 금지 및 접근성 요구 사항 안내

차별은 법에 저촉됩니다

Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan는 해당 주법 및 연방 인권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 민족 집단 신원, 의료 질환, 유전 정보, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 정신 장애 또는 신체장애를 이유로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan는 다음을 제공합니다:

- 당사와 효과적인 의사소통을 위하여 장애가 있는 분에게 무료로 제공하는 다음과 같은 도움과 서비스:
 - 공인 수화 통역사
 - 다양한 형식으로 작성된 정보(큰 활자, 음성, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주 언어가 영어가 아닌 분들을 위하여 무료로 제공하는 다음과 같은 언어 서비스:
 - 공인 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하시면, Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan 인권 코디네이터에게 연락해주세요.

Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan가 이러한 서비스를 제공하지 못하거나, 인종, 피부색, 출신 국가, 민족 집단 신원, 의료 질환, 유전 정보, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 장애를 이유로 차별을 한다고 생각하시면, 다음으로 고충을 제기하실 수 있습니다.

Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
전화: (844) 883-2233 (TTY: 711)
팩스: (323) 889-2228
이메일: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

대면으로 불만을 제기할 수 있으며 서신, 팩스 또는 이메일로도 가능합니다. 고충 제기에도 도움이 필요하시면, 인권 코디네이터가 도와드리겠습니다.

또한, U.S. Department of Health and Human Services(미국 연방 보건복지부) 인권 사무소에 인권 관련 불만을 제기하실 수 있습니다. 인권 사무소는 인권 사무소 불만 포털을 통해 전자적으로 접근할 수 있습니다.

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 또는 우편 또는 전화로도 가능합니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY 800-537-7697)
불만 제기 포털: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

불만 신고 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용 가능합니다.

또한, 캘리포니아주 Department of Health Care Services(의료서비스부), 인권 사무소에 서면으로, 전화로, 우편으로 인권 관련 불만을 제기하실 수 있습니다.

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

1-916-440-7370 (TTY 711 캘리포니아주 연결)
이메일: CivilRights@dhcs.ca.gov

불만 신고 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에 있습니다.

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

重要通知： 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

Baa' ákohwiindzindooígí: Díí naaltsoosish yíiniłta'go bíniǵhah? Doo bíniǵhahgóó éí, naaltsoos nich'í' yiidóoltaǵíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádooníí nínízingo bíǵhah. Doo ɓaąh ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodílnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího' díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodílnih. (Navajo)

중요: 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Ծառայությունն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

ВАЖНО: Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

重要： お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。 (Japanese)

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیاراتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسایی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید. (Persian)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់៖ តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

المهم: هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

TSEEM CEEB: Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kiag rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198. (Hmong)

สำคัญ: คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้ คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร (866) 346-7198 (Thai)

महत्वपूर्ण: क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मँबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ, ຫຼືໂທໄປຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجانی مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាភាគីតិចថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357 Arabic.

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากสาม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'. Díí shá ata'halne'dooígí hólíqodoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolníí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodílnih dóo námbóo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néiho'dílnízingo bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bíł haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian