MEDICARE D-SNP

2026

Solicitud de inscripción

Highmark Wholecare Medicare Assured Diamond℠ (HMO SNP)

Highmark Wholecare Medicare Assured Ruby℠ (HMO SNP)

Centro, Noreste y Sudeste Pennsylvania

Solicite con este formulario, en línea o por teléfono. Si tiene alguna pregunta, ¡estamos aquí para ayudarle!

highmark.com/wholecare/medicare

1-877-428-3929
(TTY 711)

1 de octubre – 31 de marzo	**8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana**
1 de abril – 30 de septiembre	**8 a.m. a 8 p.m., lunes – viernes**

Highmark Wholecare ofrece planes HMO con contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

Gateway Health Plan, Inc. que opera con el nombre comercial Highmark Wholecare es un licenciatario independiente de la Blue Cross Blue Shield Association.

N.º de la OMB 0938-1378
Vencimiento: 12/31/2026

FORMULARIO MODELO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puedes unirte a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener por primera vez Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar para que el pago de la prima se deduzca de su cuenta bancaria o de su benefi cio mensual del seguro social (o de la junta de jubi lación ferroviaria [Railroad Retirement Board]).

¿Qué pasa después?

Complete este formulario en línea en **highmark.com/wholecare/medicare** o envíe por correo su formulario completo y firmado a:

Highmark Wholecare
Attn: Enrollment
PO Box 535191
Pittsburgh, PA 15253-5191

Número de fax: 1-888-551-9101

Una vez que procesemos su solicitud para unirse, nos comunicaremos con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame Highmark Wholecare al 1-877-428-3929 (los usuarios de TTY pueden llamar 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en espanol y un representate estara disponible para asistirle.

Las personas que no tienen hogar:

- Si desea unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques de seguridad social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a un formulario de recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para este formulario es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar el formulario. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún documento que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en la OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1 — Todas las áreas de esta página son obligatorios a menos que estén marcados como opcionales

Por favor marque en que plan desea inscribirse:

☐ **Highmark Wholecare Medicare Assured Diamond (HMO SNP)**
$0 por mes

☐ **Highmark Wholecare Medicare Assured Ruby (HMO SNP)**
$0 por mes

Nombre **Apellido** **Inicial del segundo nombre (opcional)**

Fecha de nacimiento
M M / D D / A A A A

Sexo ☐ M ☐ F

Número de teléfono
( )

Número de seguro social (opcional)

Dirección de residencia permanente **(no ingrese un apartado postal, excepto en el caso de personas sin hogar; un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia):**

Ciudad **Condado** **Estado** **Código Postal**

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales):

Dirección

Ciudad **Estado** **Código Postal**

Su información de Medicare

Número de Medicare Por favor proporcionar su número de Medicare tal como aparece en su tarjeta roja, blanco y azul del seguro médico de Medicare.

___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Responda estas preguntas importantes

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Highmark Wholecare?

☐ Si ☐ No

Nombre de otra Cobertura: _____ Miembro número para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

Sección 2 — Todas las áreas de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

Seleccione una si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés:

☐ Español ☐ Otro idioma _____ (escribir)

Seleccione una si desea que le enviemos información en un formato accesible:

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto a los mencionados anteriormente, comuníquese con Highmark Wholecare al 1-877-428-3929. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de oficina es:

1 de octubre – 31 de marzo	**8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana**
1 de abril – 30 de septiembre	**8 a.m. a 8 p.m., lunes – viernes**

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

Sí afirma, proporcione el número de Medicaid: _____

Lista su médico primario, clínica, o centro de salud:

_____

Dirección y/o número de teléfono del médico primario, clínica o centro de salud:

_____

☐ Soy paciente actual de este proveedor.

Proporcione su correo electrónico y/o número de teléfono si desea recibir comunicaciones relacionadas con educación sobre salud, recordatorios y otra información (opcional).

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Estos correos electrónicos pueden incluir información médica confidencial específica para sus necesidades. Si acepta recibir correos electrónicos o mensajes de texto, existe la posibilidad de que un tercero o (intermediario) no autorizado los monitoree, intercepte, lea o modifique antes de llegar a su correo electrónico y que la información dirigida a usted llegue a la persona equivocada o que sus cuentas electrónicas sean pirateadas. Al aceptar, Usted comprende y acepta estos riesgos.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los centros para Medicare y los servicios de Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services] (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el sistema de aviso de registros [System of Records Notice] (SORN) "medicamentos con receta de Medicare Advantage [Medicare Advantage Prescription Drug] (MARx)", Numero de sistema. 09-70-0588. Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, si no responde puede afectar su inscripción en el plan.

Atestación de elegibilidad para un período de inscripción

Típicamente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual a partir del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si le corresponde. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a lo mejor de su conocimiento, usted es elegible para un período de inscripción. Si nosotros más tarde determinamos que esta información es incorrecta, usted puede ser dado de baja.

Nuevo con Medicare o cambio a su cobertura

- ❑ Estoy haciendo mi elección de periodo de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).
- ❑ Soy nuevo en Medicare.
- ❑ Recientemente perdí involuntariamente mi loable cobertura de medicamentos recetados ("loable" significa una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____ (insertar fecha).
- ❑ Estoy dejando o deje la cobertura de mi empleador o sindicato el _____ (insertar fecha).
- ❑ Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminado su contrato con mi plan.

Cambio reciente de residencia

- ❑ Me mudé recientemente o planeo mudarme fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente o planeo mudarme y este plan es una nueva opción para mí _____ (insertar fecha de mudanza).
- ❑ Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el _____ (insertar fecha).
- ❑ Me estoy mudando, vivo o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos). Me mudé/me mudaré/me mudaré del centro el _____ (insertar fecha).
- ❑ Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el _____ (insertar fecha).
- ❑ Recientemente fui liberado de prisión. Fui liberado el _____ (insertar fecha).

Atestación de elegibilidad para un período de inscripción

Cambio en ingreso o necesidades especiales / requisitos del plan

- ❑ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- ❑ Recientemente, tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de ayuda adicional o la perdí) en _____ (insertar fecha).
- ❑ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionada por mi estado.
- ❑ Recientemente dejé un plan PACE [Program of All-Inclusive Care for the Elderly] (programa de atención integral para personas mayores) el _____ (insertar fecha).
- ❑ Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan] (SNP), pero perdí la elegibilidad para necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el _____ (insertar fecha).
- ❑ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage [Medicare Advantage Open Enrollment Period] (MA OEP).
- ❑ Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el _____ (insertar fecha).
- ❑ Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, perdí Medicaid) el _____ (insertar fecha).
- ❑ Esta es la primera vez que solicito el derecho a la Parte B.
- ❑ En los últimos 12 meses, dejé una póliza Medigap para unirme a un Plan Medicare Advantage* por primera vez (*Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados).
- ❑ He estado en Medicare pero acabo de cumplir 65 años o cumpliré 65 en los próximos tres meses.
- ❑ Mi plan actual fue puesto bajo administración judicial por CMS debido a dificultades financieras.
- ❑ Estoy entre el 4º y 7º mes de mi período electoral inicial.

Otra razón

- ❑ Estoy en un plan identificado como de bajo rendimiento constante.
- ❑ Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor, según declarado por la agencia federal de manejo de emergencias [Federal Emergency Management Agency] (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí mencionadas me correspondía, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- ❑ Me estoy inscribiendo en un plan Medicare de 5 estrellas.
- ❑ Ninguna de las anteriores aplica.

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo mantener ambos Parte A del hospital y la Parte B del médico para permanecer en este Highmark Wholecare plan Medicare Advantage.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que Highmark Wholecare compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la declaración de la ley de privacidad más arriba).
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan Medicare Advantage (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción en el plan.
- La información de este formulario de inscripción es correcta según el mejor de mi conocimiento. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se me cancelará la afiliación al plan.
- Entiendo que, al comenzar mi cobertura de Highmark Wholecare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Highmark Wholecare. Los beneficios y servicios proporcionados por Highmark Wholecare y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" [Evidence of Coverage] (EOC) de Highmark Wholecare (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Highmark Wholecare pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si la firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
    1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
    2. Medicare puede solicitar la documentación que acredite esta autorización.

Firma _____ **Fecha de hoy** _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre

Dirección

Número de teléfono ( )

Relación con el afiliado

Usar solo — agente, corredor, o tercero/intermediario

Relación con el afiliado:

- ❑ Agente
- ❑ Corredor
- ❑ Consejero de SHIP
- ❑ Representante autorizado
- ❑ Otro (tercero/intermediario)

Nombre: _____

NPN (obligatorio para agentes/corredores): _____

Fecha de vigencia de la cobertura: _____

Fecha recibida: _____

Highmark Wholecare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Highmark Wholecare no excluye a las personas ni les trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Highmark Wholecare brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con dificultades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Highmark Wholecare brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 1-800-685-5209 (TTY: 711), de 8 a.m. – 8 p. m., los siete días de la semana, 1 hasta el 31 de marzo. Del 1 de abril al de septiembre 30, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Si considera que Highmark Wholecare no ha cumplido en brindar estos servicios o ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una reclamación a:

Highmark Wholecare
Attn: Grievances Department
P.O. Box 890034
Camp Hill, PA 17089
1-800-207-0336 (TTY: 711)
Fax: 1-412-255-4503

Puede presentar una reclamación en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, Highmark Wholecare y la Oficina de Igualdad de Oportunidades (Bureau of Equal Opportunity) están a su disposición.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos a través del portal de reclamación de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en OCRPortal.hhs.gov, o por correo postal, teléfono o correo electrónico a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
HHH Building Room 509F
Washington, DC 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
OCRMail@hhs.gov

Los formularios de reclamaciones están disponibles en hwc.fyi/complaint-form.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de traducción e interpretación de idiomas. También hay disponibles ayudas y servicios auxiliares adecuados (como letra grande, audio y Braille) para proporcionar información en formatos accesibles sin cargo. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711) si necesita ayuda.

ATTENTION: If you speak English, free language translation and interpretation services are available to you. Appropriate auxiliary aidsand services (such as large print, audio, and Braille) to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711) for help.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungs- und Dolmetscherdienste zur Verfügung. Außerdem sind kostenlos entsprechende Hilfsmittel und Dienstleistungen (wie Großdruck, Audio und Blindenschrift) zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten erhältlich. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis tradiksyon ak entèpretasyon aladispozisyon w gratis nan lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye (tèlke gwo lèt, odyo, Braille) pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo ki sou do Kat ID w lan (TTY: 711) pou jwenn èd.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском языке, Вам доступны бесплатные услуги перевода на другой язык. Также предоставляется дополнительная бесплатная помощь и услуги отображения информации в доступных форматах (например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи). Для получения помощи позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты (TTY: 711).

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili servizi gratuiti di traduzione e interpretariato. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati supporti e servizi ausiliari (ad esempio caratteri grandi, audio e Braille) per fornire informazioni in formati accessibili. Per assistenza, chiami il numero riportato sul retro della Sua tessera di identificazione (TTY: 711).

ATTENTION : si vous parlez français, des services de traduction et d'interprétation gratuits sont à votre disposition. Vous pouvez aussi bénéficier gratuitement de l'accès à des outils et services auxiliaires appropriés (affichage en gros caractères, audio et le braille) dans des formats accessibles. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d'identification (TTY : 711) pour obtenir de l'aide.

ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá nsọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ ìtumọ ati ògbufọ èdè wà ní àrọwọtó lọ́fẹ̀ẹ́ fún ọ. Awọn iṣẹ ìtọ́jú ati ìrànlọ́wọ́ tó yẹ (bíi titẹwé nla, gbigbọ ohùn, ati ìwé afọ́jú) lati pèsè iwifúnni ni awọn ọna ìráàyè si wà pẹlu lọ́fẹ̀ẹ́. Pe nọmba tó wà lẹhin kaádì ìdánimọ rẹ (TTY: 711) fún iranlọwọ.

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, קענט איר באקומען שפראך איבערזעצונג און דאלמעטשונג סערוויסעס פריי פון אפצאל. געהעריגע הילפסמיטלען און סערוויסעס (אזויווי גרויסע דרוק, אודיא און ברעיל) צו צושטעלן אינפארמאציע אין צוגענגליכע פארמאטן זענען אויך דא צו באקומען פריי פון אפצאל.רופט דעם נומער אויף די אנדערע זייט פון אייער אידענטיטעט קארטל (TTY: 711) פאר הילף.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات الترجمة التحريرية والترجمة الفورية مجانًا. تتوفر أيضًا الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة (مثل الطباعة الكبيرة، والوسائل الصوتية، وطريقة برايل) لتقديم المعلومات بتنسيقاتٍ يمكن الوصول إليها من دون أي تكلفة. اتصل على الرقم المدوّن على ظهر بطاقة هويتك (TTY: 711) للحصول على المساعدة.

注意：如果您说中文，我们将为您提供免费的语言翻译和口译服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务（如大字体、音频和盲文），以便您获取无障碍格式的信息。如需帮助，请拨打您的 ID 卡背面的号码（听障人士专用号码： 711）。

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ, તો તમારા માટે નિઃશુલ્ક ભાષા અનુવાદ અને ઇન્ટરપ્રિટેશન સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સાધનસામગ્રી અને સેવાઓ (જેમ કે મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિયો અને બ્રેઇલ) પણ નિઃશુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. મદદ માટે તમારા આઇડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ biên dịch và phiên dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng cung cấp miễn phí các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung thích hợp (như chữ in lớn, tệp âm thanh và chữ nổi) để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711) để được trợ giúp.

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंलाई निःशुल्क भाषा अनुवाद र दोभासे सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक प्रविधि र सेवाहरू (जस्तै ठूलो प्रिन्ट, अडियो र ब्रेल) पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको लागि तपाईंको ID कार्डको पछाडिको नम्बरमा कल गर्नुहोस् (TTY: 711)।

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ़्त भाषा अनुवाद और व्याख्या संबंधी सेवाएं उपलब्ध हैं। एक्सेस करने योग्य फ़ॉर्मेट में सूचना उपलब्ध कराने के लिए उपयुक्त सहायक सामग्री और सेवाएं (जैसे बड़े प्रिंट, ऑडियो और ब्रेल) भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। सहायता के लिए अपने पहचान कार्ड के पीछे लिखे नंबर (TTY: 711) पर कॉल करें।

주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 번역 및 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공받을 수 있는 적절한 보조 수단 및 서비스(예: 큰 활자, 오디오, 점자)도 무료로 이용할 수 있습니다. 도움이 필요하시면 ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오(TTY: 711).

H5932_25_1389_C
Última actualización: 8 de agosto de 2025