

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
Lista de verificación previa a la inscripción del 2025

Antes de tomar una decisión referente a la inscripción, es importante que entienda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar al departamento de ventas de Medicare de Presbyterian [Presbyterian Medicare Sales] al **(505) 923-8458** o **1-800-347-4766**. Las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 711.

Para entender los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura [Evidence of Coverage, EOC] tiene una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante repasar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de inscribirse. Visite **www.phs.org/medicare** o llame al **(505) 923-8458** o **1-800-347-4766**, las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 711, para pedir copia de la Evidencia de Cobertura.
- ☐ Repase la guía de proveedores de atención médica (o pregúntele a su proveedor de atención médica) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente forman parte de la red. Si no aparecen en la lista, quiere decir que lo más probable es que tenga que seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Repase la guía de farmacias para asegurarse de que la farmacia que le surta cualquier medicamento con receta forma parte de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, lo más probable es que tenga que seleccionar una farmacia nueva para surtirle sus medicamentos con receta.
- ☐ Repase la lista de medicamentos [formulary] para asegurarse de que se cubran sus medicamentos.

Para entender las reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, tiene que seguir pagando su prima de la Parte B del Programa Medicare. Dicha prima, por lo general, se retira de su cheque de Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pudieran cambiar el 1° de enero del 2026.
- ☐ Salvo en situaciones de emergencia o urgentes, no cubrimos los servicios que presten los proveedores de atención médica que no forman parte de la red (médicos cuyos nombres no aparecen en la guía de proveedores de atención médica).
- ☐ **Cómo afecta la cobertura actual.** Si está inscrito actualmente en un plan de Medicare Advantage, su cobertura actual de seguro médico de Medicare Advantage terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene la cobertura de TRICARE, tal vez afecte esa cobertura una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Favor de ponerse en contacto con TRICARE para conseguir más información.

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
Formulario de solicitud de inscripción individual del 2025

¿Quiénes pueden utilizar este formulario? Las personas con la cobertura del Programa Medicare que se quieran inscribir en un plan de Medicare Advantage Para inscribirse en un plan, tiene que: • Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos • Vivir en la zona de servicio del plan Importante: Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambos: • Parte A Medicare (seguro de hospital) • Parte B Medicare (seguro médico)	Para recordarle: • Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta del otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan tiene que recibir su formulario rellenado antes del 7 de diciembre. • Si su plan tiene prima de seguro, su plan le enviará una factura de la prima de su plan. Puede inscribirse para que le descuenten sus pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su prestación mensual de Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).
¿Cuándo debo utilizar este formulario? Se puede inscribir en un plan: • Del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año (para que la cobertura comience a partir del 1º de enero) • En los primeros tres (3) meses, a partir de cuando consiga la cobertura del Programa Medicare por primera vez • En ciertas situaciones bajo las cuales se le permite inscribirse o cambiar de plan Visite Medicare.gov para informarse más a fondo acerca de cuándo se puede inscribir en un plan.	¿Qué sucede de aquí en adelante? Rellene y firme su formulario y envíenoslo utilizando una de las opciones siguientes: Correo: Presbyterian Health Plan, Inc. P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489 Fax: (505) 923-5385 En línea: www.phs.org/medicare Una vez que hayamos procesado su solicitud de inscripción, nos pondremos en contacto .
¿Qué necesito para llenar este formulario? • Su número del Programa Medicare (el número que se encuentra en su tarjeta roja, blanca y azul del Programa Medicare) • Su domicilio permanente y número de teléfono Fíjese bien: Tiene que llenar todo lo de la Sección 1. Lo de la Sección 2 es opcional: no se le puede denegar la cobertura por no llenarla.	¿Cómo puedo conseguir ayuda para llenar este formulario? Llame al departamento de ventas de Medicare de Presbyterian al (505) 923-8458 o 1-800-347-4766. Las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 711. O, llame al Programa Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
	Para las personas sin hogar Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene domicilio permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe correo (p. ej., sus cheques de Seguro Social) se pueden considerar como su dirección de domicilio permanente.

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
Formulario de solicitud de inscripción individual del 2025

**Sección 1: Es obligatorio llenar todos los campos de las páginas 1 y 2
(a menos que se indique que es opcional)**

Seleccione el plan en el cual se quiere inscribir:

Este plan es para las personas que tienen la cobertura de tanto del Programa Medicare como del Programa Medicaid. La prima de seguro se basa en su nivel del subsidio por bajos ingresos [Low Income Subsidy, LIS]. A lo mejor el Programa Medicare pague la prima de su plan.

Presbyterian Dual Plus (DSNP)

- ☐ **H3204-013-004 Está disponible en estos condados:** Bernalillo, Doña Ana, Sandoval, Santa Fe, y Valencia
- ☐ **H3204-013-005 Está disponible en estos condados:** Chavez, Curry, McKinley, Quay, Roosevelt o San Juan
- ☐ **H3204-013-006 Está disponible en estos condados:** Catron, Cibola, Colfax, De Baca, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Alamos, Luna, Mora, Otero, Rio Arriba, San Miguel, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, o Union

NOMBRE: APELLIDO: Inicial del medio (opcional):

Fecha de nacimiento: (M M / D D / Y Y Y Y) (_ _ / _ _ / _ _ _ _)	Sexo: ☐ M ☐ F	Número de teléfono: (Móvil preferencial) (_ _)	Correo electrónico (opcional):
---	--	--	-----------------------------------

Dirección de la calle de su domicilio permanente (no puede ser apartado postal):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
---------	----------	---------	----------------

Dirección postal, solo si es diferente de la dirección de su domicilio permanente (puede ser un apartado postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Su información del Programa Medicare:

Número del Programa Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

Conteste estas preguntas importantes:

1. ¿Está inscrito en el Programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No
Si contestó afirmativamente, su número del Programa Medicaid : _____
2. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como de VA, TRICARE) además de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)? ☐ Sí ☐ No
Si contestó afirmativamente, nombre de la otra cobertura: _____
Número del asegurado de esta cobertura: _____
Número grupal de esta cobertura: _____

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
Formulario de solicitud de inscripción individual del 2025

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Tengo que mantener mi cobertura de hospital (Parte A) y médica (Parte B) para permanecer inscrito en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) divulgará mi información al Programa Medicare, el cual lo pudiera utilizar para estar al tanto de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines que se permiten conforme a la ley la federal que autoriza la recopilación de dicha información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario se hace voluntariamente. Sin embargo, si no respondiera, pudiera afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en solo un plan de MA a la vez, y que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan de pago por servicio privado [Private Fee-For-Service, PFFS] de MA, cuenta de ahorro médico [Medical Savings Account, MSA] de MA (se aplican las excepciones a los planes de MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando empiece mi cobertura de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), tendré que recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Se cubrirán los beneficios y servicios que proporciona Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) y que se indican en mi documento de la "Evidencia de Cobertura" (que también se conoce como el contrato del asegurado o el convenio del inscrito) de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Ni el Programa Medicare ni Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) pagarán los beneficios o servicios que no se cubran.
- La información de este formulario está correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente aportara información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que tiene autorización legal para actuar en mi nombre) en esta solicitud quiere decir que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (según se describe más arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Dicha persona está autorizada conforme a la ley estatal para llevar a cabo esta inscripción, y
 - 2) La documentación de dicha autorización está disponible bajo solicitud del Programa Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es representante autorizado, firme más arriba y llene los campos siguientes:

Nombre:

Domicilio:

Número de teléfono:

Su relación o parentesco con la persona que se inscribe:

Sólo para personas que ayuden al inscrito a rellenar este formulario:

Nombre:

Su relación o parentesco con la persona que se inscribe:

Firma:

Número Nacional de Productor [National Producer Number] (sólo agentes/comerciantes):

Cómo se recibió la inscripción: ☐ Sin turno con la presentación ☐ En casa con la presentación
☐ Seminario/Reunión ☐ Por teléfono ☐ Sin turno sin la presentación ☐ En casa sin la presentación
☐ Por correo ☐ Por correo electrónico ☐ Por fax ☐ Sin funcionario de seguros

Nº de identificación del plan: _____ Fecha de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No califica: _____

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
Formulario de solicitud de inscripción individual del 2025

Sección 2: Todos los espacios de esta página son opcionales Usted decide si quiere contestar estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no contestarlas.

Tal vez necesite ayuda para obtener acceso a la atención médica o los beneficios y pido que se pongan en contacto conmigo (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Para buscar un nuevo proveedor de atención primaria [PCP por sus siglas en inglés]
- ☐ Para transferir una receta/medicamento (p.ej., cobertura, costo, encargo por correo)
- ☐ Coordinación de atención médica (por ejemplo, si tiene necesidades de atención médica complicadas)

Como parte de su inscripción, ¿quiere recibir algunos de los materiales siguientes por correo electrónico?

- ☐ Lista de medicamentos del plan
- ☐ Resumen de beneficios
- ☐ Evidencia de cobertura

¿Es de origen hispano, latino o español? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ No, no de origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a
- ☐ Sí, puertorriqueño/a
- ☐ Sí, cubano/a
- ☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español
- ☐ Prefiero no responder

¿Qué es su raza? Marque todo lo que corresponda.

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Nativo/a de América del Norte o nativo/a de Alaska | ☐ Chino/a | ☐ Coreano/a | ☐ Samoano/a |
| ☐ Indio asiático | ☐ Filipino/a | ☐ Nativo/a de Hawái | ☐ Vietnamés/a |
| ☐ Negro/a o afroamericano/a | ☐ Guameño/a o Chamorro/a | ☐ Otro asiático | ☐ Blanco/a |
| ☐ Japonés/a | ☐ De otra isla del Pacífico | ☐ Prefiero no responder | |

Todos los materiales están disponibles en español y en formato de lenguaje de computadora en nuestro sitio web o bajo solicitud. Otras opciones, como otros idiomas, Braille, letra grande, CD de audio o CD de datos están disponibles bajo solicitud. Favor de llamar al Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al **(505) 923-7675** o **1-855-465-7737**. Nuestras horas hábiles son de las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, los siete días de la semana del 1° de octubre al 31° de marzo, y de lunes a viernes (salvo los días feriados) del 1° de abril al 30 de septiembre. Las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 711.

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en otro idioma en vez del inglés.

- ☐ Español ☐ Otro _____

¿Trabaja usted? ☐ Sí ☐ No

¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Apunte el nombre de su proveedor de atención primaria [PCP por sus siglas en inglés], clínica o centro de salud:

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
Formulario de solicitud de inscripción individual del 2025

Para pagar las primas de su plan

A lo mejor el Programa Medicare pague la prima de su plan. Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que usted debe actualmente o que pudiera deber) por correo, "Transferencia Electrónica de Fondos [EFT por sus siglas en inglés]", o "tarjeta de crédito" cada mes. Además, puede elegir pagar su prima con una deducción automática de su cheque de prestaciones de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario [RRB por sus siglas en inglés] cada mes. Favor de seleccionar una opción de pago:

☐ Recibir una factura.

☐ Transferencia Electrónica de Fondos [EFT por sus siglas en inglés] de su cuenta bancaria cada mes.

Favor de adjuntar un cheque CANCELADO o proporcionar lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Código de identificación bancaria [routing number]: _____

Número de la cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: ☐ Cheques ☐ Ahorros

☐ Tarjeta de crédito. Favor de proporcionar la información siguiente:

Tarjetas que se aceptan: ☐ Visa ☐ MasterCard ☐ Discover

Nombre del titular de la cuenta, así como aparece en la tarjeta: _____

Número de la cuenta: _____ Fecha de vencimiento: __ / __ / __ (MM/AAAA)

☐ Deducción automática de su cheque mensual de prestaciones de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario [RRB].

Recibo prestaciones mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ Junta de Retiro Ferroviario

Si tiene que pagar una suma por determinación del ajuste mensual conforme a sus ingresos [Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA] de la Parte D, tendrá que pagar esa cantidad adicional además de la prima de su plan. Por lo general, se retiene dicha suma de su cheque de prestaciones de Seguro Social o tal vez reciba una factura del Programa Medicare (o de la RRB). **NO** le pague a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) la IRMAA de la Parte D.

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [National Committee for Quality Assurance, NCQA] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan, SNP] hasta el 2025.

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

SHOOH: Diné bee yániłt'i'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'it'áá jiiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'j' ahoót'i'ígíí éí t'áá jiiik'eh hóló. Kohj' 1-855-592-7737 (TTY: 711) hodílnih doodago nika'análwo'í bich'j' hanidziih.

Para más información, visite <https://www.phs.org/nondiscrimination>.

Notice of Availability

English	ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-592-7737 (TTY: 711) or speak to your provider.
Spanish Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
Navajo Diné	SHOOH: Diné bee yánitt'i'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiiik'eh hóló. Kohjì' 1-855-592-7737 (TTY: 711) hodílnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidzih.
Vietnamese Việt	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-592-7737 (Người khuyết tật: TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
German Deutsch	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-592-7737 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
Chinese Simplified 简体中文	注意：如果您使用简体中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以提供无障碍格式版信息。请拨打 1-855-592-7737 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供者。
Chinese Traditional 繁體中文	注意：如果您使用繁體中文，我們將免費為您提供語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服务，以提供無障礙格式版資訊。請致電 1-855-592-7737 (TTY:711) 或諮詢您的服務提供者。
Japanese 日本語	注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-855-592-7737 (TTY:711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。
Filipino	ATTENTION: Kung marunong kang magsalita ng Filipino, makakagamit ka ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga angkop na karagdagang tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din nang libre. Tumawag sa 1-855-592-7737 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Korean 한국어	주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-592-7737(TTY: 711)로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

French Français	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-592-7737 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-592-7737 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Russian РУССКИЙ	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-592-7737 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Urdu اردو	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، مفت لسانی اعانت کی خدمات آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ مناسب ضمنی امداد اور خدمات بھی قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ (1-855-592-7737 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔)
Nepali नेपाली	ध्यान दिनुहोस्: तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक सहायताहरू र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-855-592-7737 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।
Bengali বাংলা	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সहाয়তা এবং পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। 1-855-592-7737 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।
Hindi हिंदी	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक सहायताएँ और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Arabic اللغة العربية	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فمتاح لك خدمات لغوية بالمجان. و متاح بالمجان أيضًا مساعدات وخدمات إضافية مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الحصول عليها. اتصل بالرقم 1-855-592-7737 (TTY: 711) (خدمة الهاتف النصي) أو تحدث إلى مزود الخدمة المعني بك.
Turkish Türkçe	DIKKATİNİZE: Türkçe biliyorsanız, ücretsiz dil destek hizmetlerinden faydalanabilirsiniz. Ayrıca ücretsiz olarak, uygun yardımcı araçlarla ve hizmetlerle erişilebilir formatlarda bilgi de sağlanmaktadır. 1-855-592-7737 (TTY (İşitme ve Konuşma Engelli Destek Hattı): 711) numaralı telefondan bize ulaşabilir veya hizmet sağlayıcınız ile görüşebilirsiniz.