



Plan Partners HMO con copago de \$30/\$50, deducible de \$750, gasto máximo de bolsillo de \$3,500

El documento Resumen de Cobertura y Beneficios (SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra la manera en que usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **ADVERTENCIA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (**denominado prima**) se le proporcionará por separado.

 **Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-605-4327. Para obtener definiciones generales de términos comunes, tales como [monto permitido](#), [factura para cobrar el saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-605-4327 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es esto importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$750 por individuo o \$1,500 por familia	Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Atención preventiva, ciertas visitas al consultorio, y medicamentos de farmacia están cubiertos antes de que se alcance el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no se ha alcanzado el monto del deducible . Pero se puede tener que pagar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que se alcance el deducible . Consulte la lista de servicios preventivos con cobertura en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar deducibles por ciertos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$3,500 por individuo o \$7,000 por familia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , ellos tienen que pagar su límite de gasto de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , facturas y servicios de asistencia para concebir, y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se aplican al límite de gasto de bolsillo .
¿Usted pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.ghcscw.com o llame al 1-800-605-4327 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor en la red del plan . Pagará más si utiliza un proveedor que esté fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una derivación para consultar a un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por los servicios cubiertos, pero solo si cuenta con un referido antes de ver al especialista .

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://planfinder.ghcscw.com>



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará		Limitaciones, excepciones, otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el importe menor)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el importe más alto)	
Si acude a la consulta o clínica de un proveedor	Visitas en atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30	No está cubierto	Ejemplo: consultas con su Proveedor de Atención Primaria
	Visita con especialista	\$50	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Ejemplos: Exámenes de audición con un especialista, consulta con un especialista del espectro autista; La mayoría de los especialistas no necesitan una autorización previa
	Atención preventiva/examen de detección /vacuna	No se cobra	No está cubierto	La cobertura está limitada a los servicios de salud preventiva según lo define la Ley de Atención Médica Asequible
Si se realiza una prueba	Examen diagnóstico (radiografía, prueba de sangre)	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Las radiografías y análisis de laboratorio de rutina ordenados por su proveedor no necesitan una autorización previa.
	Imágenes de radiología (Tomografía computarizada (CT)/ Tomografía por emisión de positrones (PET scan), imágenes por resonancia magnética (MRIs))	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Ejemplos: tomografía computarizada (CT), tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes de resonancia magnética (MRI)
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la cobertura de medicamentos bajo prescripción está disponible en http://planfinder.ghcscw.com/	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$10	No está cubierto	Cubre hasta 30 días de suministro; Suministro de 31 a 90 días disponible con múltiples copagos - sujeto a un costo límite máximo; Algunos son de marca y muchos son genéricos; Los medicamentos del nivel 1 tienen el mayor valor
	Medicamentos de marca indicados (Nivel 2)	\$45	No está cubierto	Cubre hasta 30 días de suministro; Suministro de 31 a 90 días disponible con múltiples copagos - sujeto a un costo límite máximo; Muchos son de marca y algunos son genéricos

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará		Limitaciones, excepciones, otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el importe menor)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el importe más alto)	
	Medicamentos de marca no indicados (Nivel 3)	\$60	No está cubierto	Cubre hasta 30 días de suministro; No se ofrece suministro de 31 a 90 días; Con frecuencia hay medicamentos parecidos o equivalentes en los niveles 1 o 2
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	25% (\$60 mínimo, \$120 máximo)	No está cubierto	Cubre hasta 30 días de suministro; No se ofrece suministro de 31 a 90 días; Puede ser necesario el uso de una farmacia especializada
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifas por instalaciones (p. ej. centro de cirugía ambulatoria)	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/ cirujano	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Ciertas cirugías orales no requieren autorización previa
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$200 y después la aplicación del deducible y del coseguro	\$200 y después la aplicación del deducible y del coseguro	La cobertura se limita a cuidado de emergencia; Se exime el copago si el paciente es hospitalizado
	Transporte médico de emergencia	10% después de aplicar el deducible	10% después de aplicar el deducible	La cobertura se limita a cuidado de emergencia
	Cuidado urgente	\$30	\$30	
Si lo hospitalizan	Tarifa por instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/ cirujano	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$30	No está cubierto	Se necesita una autorización previa para servicios de psicología de la salud, exámenes diagnósticos, terapia electroconvulsiva (ECT) y estimulación magnética transcraneal (TMS). Todos los servicios pueden estar sujetos a una revisión continua para determinar la necesidad médica.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará		Limitaciones, excepciones, otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el importe menor)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el importe más alto)	
	Servicios de hospitalización	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	No se cobra	No está cubierto	El valor del costo compartido dentro de la red se limita a los servicios de salud preventiva. Es posible que se apliquen costos compartidos descritos en otras partes de este Resumen de Beneficios y Cobertura dependiendo de la prueba o servicios relacionados con la maternidad.
	Servicios profesionales de nacimiento y parto	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
	Servicios de instalaciones de nacimiento y parto	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Servicios de salud a domicilio	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Se limita a 60 visitas por miembro por año
	Servicios de rehabilitación	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Se limita a 40 visitas combinadas entre terapia ocupacional y física por miembro por año; Límite de 20 visitas por miembro por año en terapia del habla; Límite de 36 visitas por miembro por año en servicios cardíacos
	Servicios de habilitación	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Se limita a 40 visitas combinadas entre terapia ocupacional y física por miembro por año; Límite de 20 visitas por miembro por año en terapia del habla
	Atención en enfermería especializada	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Se limita a 30 días por hospitalización por miembro
	Equipo médico duradero	20%	No está cubierto	Se requiere autorización previa. Véase certificado para otras restricciones y exclusiones

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará		Limitaciones, excepciones, otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará el importe menor)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el importe más alto)	
	Servicios de hospicio	10% después de aplicar el deducible	No está cubierto	Se requiere autorización previa.Ejemplo: servicios paliativos
Si su hijo necesita cuidado dental o servicios para la vista	Examen de la vista para niños	No se cobra	No está cubierto	Los exámenes de la vista deben ser realizados por un optómetra dentro de la red de servicio; Se limita a un examen de la vista por miembro por año
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Revisión dental para niños	No se cobra	No está cubierto	Se limita a dos (2) limpiezas y dos (2) tratamientos de fluoruro por niño menor de 12 años por año

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#) por lo general, NO cubre (Consulte la póliza o documento de [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre esté en peligro)
- Cuidado dental (adulto)
- Atención de no emergencia fuera de los EE. UU.
- Rutina de cuidado de los pies
- Acupuntura
- Cirugía cosmética
- Prueba de detección de sustancias controladas
- Artículos de comodidad personal
- Programas de adelgazamiento
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de custodia/ambulatorios
- Cuidado a larga estancia
- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#).)

- Cuidado quiropráctico
- Audífonos
- Tratamientos para la infertilidad (procedimientos específicos solamente)
- Rutina de cuidado de vista (adulto)

Su derecho a continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de estas agencias es: Oficina del comisionado de seguros, Departamento de Quejas, PO Box 7873, Madison, WI 53707-7873, Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#), o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Servicios a los Miembros de GHC-SCW al 1-800-605-4327 o 608-828-4853. También puede comunicarse con la Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin al 1-800- 236-8517 o 608-266-0103. Además, también puede comunicarse con la Administración de Protección de Prestaciones Laborales del Ministerio de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital) - El deducible general del plan -- \$750 Especialistas [costo compartido] -- \$50 - Hospital (establecimiento) [costo compartido] -- 10% después de aplicar el deducible - Otros [costo compartido] -- 10% Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal) Servicios profesionales de nacimiento y parto Servicios de instalaciones de nacimiento y parto Exámenes de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre) Consulta con un especialista (anestesia) Costo total del ejemplo -- \$12,700.00 En este ejemplo, Peg pagaría: <table><tr><th colspan="2">Costos compartidos</th></tr><tr><td>Deducibles</td><td>\$750.00</td></tr><tr><td>Copagos</td><td>\$30.00</td></tr><tr><td>Coseguro</td><td>\$790.00</td></tr></table> <i>Lo que no está cubierto</i> Límites o exclusiones -- \$50.00 El total que Peg pagaría es de \$1620.00	Costos compartidos		Deducibles	\$750.00	Copagos	\$30.00	Coseguro	\$790.00	Tratamiento de la Diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada) - El deducible general del plan -- \$750 Especialistas [costo compartido] -- \$50 - Hospital (establecimiento) [costo compartido] -- 10% después de aplicar el deducible - Otros [costo compartido] -- 10% Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (incluye la educación sobre enfermedades) Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre) Medicamentos con receta médica Equipo médico duradero (glucómetro) Costo total del ejemplo -- \$5,600.00 En este ejemplo, Joe pagaría: <table><tr><th colspan="2">Costos compartidos</th></tr><tr><td>Deducibles</td><td>\$110.00</td></tr><tr><td>Copagos</td><td>\$470.00</td></tr><tr><td>Coseguro</td><td>\$500.00</td></tr></table> <i>Lo que no está cubierto</i> Límites o exclusiones -- \$20.00 El total que Joe pagaría es de \$1100.00	Costos compartidos		Deducibles	\$110.00	Copagos	\$470.00	Coseguro	\$500.00	Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento) - El deducible general del plan -- \$750 Especialistas [costo compartido] -- \$50 - Hospital (establecimiento) [costo compartido] -- 10% después de aplicar el deducible - Otros [costo compartido] -- 10% Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la Sala de Emergencias (incluye suministros médicos) Exámenes de diagnóstico (radiografías) Equipo médico duradero (muletas) Servicios de rehabilitación (fisioterapia) Costo total del ejemplo -- \$2,800.00 En este ejemplo, Mia pagaría: <table><tr><th colspan="2">Costos compartidos</th></tr><tr><td>Deducibles</td><td>\$750.00</td></tr><tr><td>Copagos</td><td>\$230.00</td></tr><tr><td>Coseguro</td><td>\$130.00</td></tr></table> <i>Lo que no está cubierto</i> Límites o exclusiones -- \$10.00 El total que Mia pagaría es de \$1120.00	Costos compartidos		Deducibles	\$750.00	Copagos	\$230.00	Coseguro	\$130.00
Costos compartidos																										
Deducibles	\$750.00																									
Copagos	\$30.00																									
Coseguro	\$790.00																									
Costos compartidos																										
Deducibles	\$110.00																									
Copagos	\$470.00																									
Coseguro	\$500.00																									
Costos compartidos																										
Deducibles	\$750.00																									
Copagos	\$230.00																									
Coseguro	\$130.00																									

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://planfinder.ghcscw.com>

Aviso de no discriminación de GHC-SCW

Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW) cumple con las leyes de derechos civiles Federales vigentes y no discrimina sobre la base de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, discapacidad o condición sexual. GHC-SCW no excluye a personas ni las trata de manera diferente a causa de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, discapacidad o condición sexual.

GHC-SCW:

- Proporciona asistencia y servicios para las personas con discapacidad puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de lenguaje gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios a los Miembros de GHC-SCW al (608) 828-4853 o (800) 605- 4327, int. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Si cree que GHC-SCW no ha prestados estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, discapacidad o condición sexual, usted puede presentar una reclamación con el Consejero de Funciones Corporativas de GHC-SCW, 1265 John Q. Hammons Drive, Madison, WI 53717, teléfono: (608) 251-4156, TTY: (608) 828-4815, o fax: (608) 257-3842.

Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el Consejero de Funciones Corporativas de GHC-SCW estará a su disposición.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamentos de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

200 Independence Avenue SW.

Room 509f, HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios para realizar quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

GHC-SCW Language Assistance Services

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Español (Spanish):

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

繁體中文 (Chinese):

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815)。

Deutsch (German):

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-608-828-4853, 1-800-605-4327, ext. 4504 (رقم هاتف الصم والبكم 1-608-828-4815).

Русский (Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

한국어 (Korean):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815) 번으로 전화해 주십시오.

Tiếng Việt (Vietnamese):

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Deutsch (Pennsylvania Dutch):

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

ພາສາລາວ (Lao):

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Français (French):

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Polski (Polish):

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

हिंदी (Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815) पर कॉल करें।

Shqip (Albanian):

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).

Tagalog (Tagalog – Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-608-828-4853 or 1-800-605-4327, ext. 4504 (TTY: 1-608-828-4815).