



Estimado(a) miembro:

Bienvenido a Central California Alliance for Health (la Alianza). Debido a que es elegible para la cobertura de salud de Medi-Cal, ahora es miembro del plan de salud de la Alianza. Este paquete de información de miembro nuevo le indica cómo usar su plan de salud de la Alianza para su atención médica. Usted verá a doctores que son parte de nuestro plan de salud y la Alianza pagará sus cobros por el cuidado de salud. La fecha en la que entró en vigencia su membresía se muestra en la tarjeta de identificación que viene en este paquete de miembro nuevo.

Estamos aquí para ayudarle. Puede hablar con un representante de Servicios a los Miembros de la Alianza llamando al **800-700-3874**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. Para la Línea de Asistencia de Audición o del Habla, marque 800-855-3000 (TTY: Llame al 711). O visite nuestro sitio web en <https://thealliance.health/es/>.

### **Paso 1: Su Tarjeta de Identificación de la Alianza**

La tarjeta de identificación que viene en este paquete de miembro nuevo es solo para este mes. El próximo mes usted recibirá una tarjeta de identificación nueva con el nombre, dirección y número de teléfono de su doctor. Puede comenzar a ir a ese doctor o clínica a partir de la fecha de vigencia en esa tarjeta de identificación. Siempre que vaya a recibir servicios de cuidado de salud, muestre su tarjeta de identificación de la Alianza, junto con su Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (Benefits Identification Card; BIC, por sus siglas en inglés) y cualquier otra tarjeta de seguro que tenga.

### **Paso 2: Elija un Doctor**

Usted elegirá al doctor que se ocupará de todas sus necesidades médicas. A ese doctor se le llama proveedor de cuidado primario o **PCP** (Primary Care Provider; PCP, por sus siglas en inglés). Si no elige un PCP antes del final del mes, elegiremos uno por usted. Puede llamarnos ahora para elegir un PCP. O también puede usar el Formulario de Selección de Proveedor que venía en este paquete de miembro nuevo.

Para encontrar un PCP cerca de usted, visite el Directorio de Proveedores en línea en el sitio web de la Alianza en <https://thealliance.health/es/for-members/get-started/find-a-doctor/>. O llame a Servicios a los Miembros. Si necesita un Directorio de Proveedores impreso, llame a Servicios a los Miembros o envíe una solicitud en nuestro sitio web <https://thealliance.health/es/for-members/online-self-service/order-id-card-member-handbook-and-provider-directory/>. Si usted es un adulto mayor o una persona con discapacidad, ya se incluye una copia impresa en este paquete.

Si necesita cuidado de salud en este momento, puede ir a cualquier doctor que acepte Medi-Cal. Una vez que haya elegido a su PCP, puede acudir con él/ella para recibir cuidado de salud. Si alguna vez desea cambiar de doctor, deberá llamarnos. El cambio ocurrirá el primer día del mes siguiente.

**PERSONAS SANAS. COMUNIDADES SANAS.**



**Usted debe ver a su PCP para recibir un examen de paciente nuevo en los primeros 120 días (4 meses) a partir de que se haga miembro de la Alianza.** Llame a su PCP para programar esta cita.

### **Paso 3: Conozca el Funcionamiento de Su Plan de Salud: Los Servicios y Los Beneficios Cubiertos**

Su PCP le proporcionará los cuidados de salud regulares. Si necesita ver a cualquier otro médico, su PCP enviará una solicitud a la Alianza, excepto para los servicios de atención de emergencia y planificación familiar. A esto se le llama referencia de un PCP. Hay algunos servicios y equipo médico que debe autorizar la Alianza antes de que usted pueda recibirlos. A esto se le llama **autorización previa**. Su PCP u otro médico enviará solicitudes de referencia y autorización previa a la Alianza para su aprobación. La Alianza cubre la mayoría de los servicios de cuidado de salud proporcionados por su PCP, los doctores, los hospitales y los proveedores de cuidado de salud aliados autorizados. Hay algunos servicios que están cubiertos por Medi-Cal, pero no por medio de la Alianza.

#### **Servicios Dentales:**

Los servicios dentales están cubiertos por el Programa Dental de Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program) y no por medio de la Alianza. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Programa Dental de Medi-Cal al **800-322-6384** (TTY: marque 711). También puede visitar el sitio web del Programa Dental de Medi-Cal en [www.dental.dhcs.ca.gov](http://www.dental.dhcs.ca.gov). El número de teléfono del Programa Dental de Medi-Cal también está en su tarjeta de identificación de la Alianza.

#### **Servicios de Farmacia:**

Sus medicamentos recetados los cubre Medi-Cal Rx, no la Alianza. Medi-Cal Rx es el programa que maneja los medicamentos recetados para todos los miembros de Medi-Cal en California. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia cerca de usted, utilice el localizador de farmacias de Medi-Cal Rx en línea en [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).

Si tiene preguntas acerca de si sus medicamentos están cubiertos, hable con su doctor o farmacéutico. Si su doctor o farmacéutico no pueden responder sus preguntas, llame al servicio al cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY: Marque 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede visitar el sitio web de Medi-Cal Rx en [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).



### **Servicios de Salud Mental y de la Conducta:**

La Alianza cubre los servicios de salud mental y de la conducta por medio de **Carelon Behavioral Health (Carelon)**, el proveedor de servicios de salud mental de la Alianza. Usted o su PCP pueden solicitar servicios de salud mental por medio de Carelon. Puede llamar directamente a Carelon de manera gratuita al **855-765-9700** (TTY: marque 711). Puede encontrar más información sobre los servicios de salud mental en el Manual para Miembros, en el sitio web de la Alianza y en el sitio web de Carelon en <https://www.carelonbehavioralhealth.com>.

### **Servicios de Planificación Familiar:**

La Alianza cubre los servicios de planificación familiar que incluyen control natal, pruebas de embarazo y consejería. Usted puede consultar a su PCP o puede consultar a cualquier agencia de planificación familiar que acepte Medi-Cal. No necesita una referencia de su PCP. Todos los servicios son confidenciales. Si es menor de 18 años, no necesita el consentimiento de su padre, madre o tutor.

### **Cuidado de Emergencia:**

Usted está cubierto para recibir cuidados de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tanto dentro como fuera del área de servicio de la Alianza. Si no es una emergencia, llame a la oficina de su PCP para recibir instrucciones sobre el cuidado fuera del horario de servicio o llame a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza. Puede encontrar ambos números de teléfono en su tarjeta de identificación.

### **Línea de Consejos de Enfermeras:**

En caso que no puede ver a su PCP, puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras (Nurse Advice Line; NAL, por sus siglas en inglés) y una enfermera certificada le indicará los pasos a seguir. La NAL está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Es rápido, fácil y no tiene costo para usted. Llame al **844-971-8907** (TTY: marque 711).

### **[Paso 4: Comuníquese con la Alianza Si Tiene Preguntas o Problemas](#)**

#### **Reclamos, quejas y apelaciones de los miembros:**

Comuníquese con la Alianza cuando tenga un problema o una inquietud, o si quiere presentar una queja sobre la atención médica o los servicios médicos que recibe. La Alianza tiene un proceso para resolver los problemas de los miembros. Estos problemas también se conocen como quejas o



apelaciones. Puede presentar una queja por muchas razones, que incluyen los problemas que pueda tener con un doctor o con la Alianza. Puede presentar una queja o apelación si llama a la Alianza, si escribe por correo o por medio de nuestro sitio web de la Alianza en <https://thealliance.health/es/>. También puede obtener un Formulario de Quejas y Apelaciones en la oficina de su PCP.

### **Paso 5: Cómo Utilizar las Cosas Que le Enviamos en Este Paquete:**

#### **Formulario de Selección de Proveedor:**

Llene este formulario y envíenos una copia en el sobre prepago que se adjunta. También puede llamar a Servicios a los Miembros para informarnos qué doctor le gustaría elegir como su PCP.

#### **Cuadro de Beneficios Cubiertos:**

El cuadro de beneficios cubiertos le brinda un resumen de su cobertura con la Alianza. Enviamos una copia con este nuevo paquete para miembros. Léalo con cuidado y por completo. **No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones.** Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos o para ver el Manual para Miembros de la Alianza, puede visitar el sitio web de la Alianza en <https://thealliance.health/es/>.

#### **Para obtener más información:**

Puede encontrar más información sobre todos sus beneficios, servicios y derechos como miembro de la Alianza en su Manual para Miembros de la Alianza. Para leer su Manual para Miembros en nuestro sitio web, visite <https://thealliance.health/es/health-plan/medi-cal/medi-cal-member-handbook/>. Si necesita un Manual para Miembros impreso, llame a Servicios a los Miembros o envíe una solicitud en nuestro sitio web en <https://thealliance.health/es/for-members/online-self-service/order-id-card-member-handbook-and-provider-directory/>.

Esperamos poder brindarle cuidado de salud accesible y de calidad.

Atentamente,

Departamento de Servicios a los Miembros



# Cuadro de beneficios cubiertos



| DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORÍA   | COMENTARIOS Y LIMITACIONES   |
|---|--|
| <b>SERVICIOS DE HOSPITAL</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuarto y servicios para pacientes internos</li> <li>• terapia física, ocupacional y del habla para pacientes internos</li> <li>• servicios de enfermería especializada o intermedia</li> <li>• sala de emergencia (servicios dentro y fuera del área de servicio del plan y con proveedores no participantes)</li> </ul> | Para recibir cualquier servicio de hospital que no esté relacionado con alguna emergencia, es necesario tener una autorización previa.   |
| <b>SERVICIOS PROFESIONALES</b>  |  |
| <b>SERVICIOS MÉDICOS</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultas en la oficina del doctor</li> <li>• servicios médicos en el hospital</li> <li>• cirugía para pacientes externos</li> <li>• vacunas</li> <li>• exámenes físicos periódicos</li> </ul>   | <p>Usted debe obtener los servicios de su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Si su PCP no puede brindarle un servicio, le dará una referencia para otro proveedor.</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p> |
| <b>CUIDADO DE MATERNIDAD Y DE RECIÉN NACIDOS</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuidado prenatal (consultas en la oficina del doctor)</li> <li>• cuidado de parto y posparto</li> </ul>  | Los miembros pueden recibir servicios por parte de cualquier ginecobstetra dentro del área de servicio que atienda pacientes con Medi-Cal y la Alianza.  |
| <b>OTROS SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD</b>  |  |
| <b>SERVICIOS DE AMBULANCIA</b>  | Estarán cubiertos si son médicamente necesarios.   |
| <b>TRATAMIENTO DE SALUD DE LA CONDUCTA (BHT) PARA EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)</b>   | Estos servicios se proporcionan a través de Carelon Behavioral Health, (855) 765-9700.   |



# Cuadro de beneficios cubiertos



|   |  |
|---|--|
| <b>SANGRE Y PRODUCTOS HEMODERIVADOS</b> (incluye la extracción y el almacenamiento de sangre autóloga)  | Estarán cubiertos si son médicamente necesarios.   |
| <b>Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS)</b>   | Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.  |
| <b>CUIDADO DENTAL</b>   | Lo cubre el Programa Dental de Medi-Cal, (Denti-Cal), (800) 322-6384, no la Alianza.   |
| <b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO POR RAYOS X Y ANÁLISIS DE LABORATORIO</b>  | Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Es posible que se necesite autorización previa.   |
| <b>SERVICIOS DE DIÁLISIS O HEMODIALISIS</b>   | Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Es posible que se necesite autorización previa.   |
| <b>EQUIPO MÉDICO DURADERO</b><br>(incluye aparatos correctores y prótesis originales y de repuesto)   | Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Es posible que se necesite autorización previa.   |
| <b>SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b><br>servicios médicos, profesionales y de consejería; medicamentos y dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) | Los miembros pueden recibir estos servicios por parte de cualquier proveedor que atienda a pacientes con Medi-Cal y la Alianza. Algunos artículos de venta libre que están aprobados por la FDA, como los condones, las espumas y los geles, están cubiertos si se tiene receta. |
| <b>AUDÍFONOS</b><br>examen de los oídos y audífonos   | Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Para conseguir audífonos es necesario tener autorización previa.  |
| <b>CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR</b>   | Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.  |
| <b>HOSPICIO Y CUIDADO PALIATIVO</b> (para enfermedades graves)  | Estará cubierto si es médicamente necesario y si lo decide el miembro.   |



# Cuadro de beneficios cubiertos



|  |   |
|--|---|
| <b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL ESPECIALIZADOS Y PARA PACIENTES INTERNOS</b><br>servicios de salud mental para pacientes internos y servicios para el tratamiento de condiciones de salud mental graves | Estos servicios están cubiertos por los Departamentos de Salud Mental del Condado, no por la Alianza.<br><br>Condado de Santa Cruz: (800) 952-2335<br>Condado de Monterey: (888) 258-6029<br>Condado de Merced: (888) 334-0163  |
| <b>SERVICIOS DE LABORATORIO</b>  | Servicios de laboratorio para pacientes internos y externos.  |
| <b>SERVICIOS DE SALUD ALIADOS LIMITADOS</b>  | Los miembros pueden referirse a sí mismos para recibir un máximo de dos de estos servicios en un mes calendario. <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura o quiropráctica.</li><li>• Audiología, terapia ocupacional y del habla: requieren autorización de la Alianza para el tratamiento de seguimiento.</li></ul> Es posible que se aprueben consultas adicionales de acupuntura para el manejo del dolor con una autorización previa. |
| <b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b><br><b>Servicios de salud mental para pacientes externos</b><br>servicios para el tratamiento de condiciones de salud mental leves o moderadas                       | Estos servicios se proporcionan a través de Carelon Behavioral Health, (855) 765-9700.  |





# Cuadro de beneficios cubiertos



|   |  |
|---|--|
| <b>TRANSPORTE MÉDICO QUE NO ES DE EMERGENCIA (NEMT)</b> | <p>Los miembros pueden utilizar este beneficio cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• sea necesario desde el punto de vista médico;</li><li>• no puedan utilizar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita médica;</li><li>• lo solicite un proveedor de la Alianza; y</li><li>• la Alianza lo apruebe con anticipación.</li></ul> <p>Los miembros que consideren que cumplen los requisitos anteriores deben llamar al (800) 700-3874 ext. 5577.</p> |
| <b>TRANSPORTE NO MÉDICO (NMT)</b>                       | <p>Los miembros pueden usar este beneficio para ir y venir de una cita o un servicio cubierto por Medi-Cal. Para solicitar servicios de transporte no médico (NMT, por sus siglas en inglés), llame al (800) 700-3874 al menos siete (7) días hábiles antes de su cita.</p>  |
| <b>PODOLOGÍA</b>  | <p>Los miembros pueden acceder a los servicios de podología con un podólogo de la red. No se necesita referencia para la consulta inicial (1 consulta). Se pueden aprobar consultas adicionales con autorización previa del proveedor tratante.</p>  |
| <b>MEDICINAS RECETADAS</b>                              | <p>La mayoría de los medicamentos recetados los cubre Medi-Cal Rx y no la Alianza.</p> <p>Si necesita ayuda para encontrar una farmacia cerca de usted, utilice el localizador de farmacias de Medi-Cal Rx en línea en <a href="http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov">http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov</a>. También puede llamar al servicio al cliente de Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY: Marque 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>                             |
| <b>FÓRMULAS Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES</b>             | <p>Estarán cubiertos si son médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.</p>   |





# Cuadro de beneficios cubiertos



|  |   |
|--|---|
| <b>TERAPIA DE REHABILITACIÓN (FÍSICA, OCUPACIONAL Y DEL HABLA) Y DE HABILITACIÓN</b> | <p>Para los miembros mayores de 21 años: la consulta de evaluación inicial para la terapia física requiere una referencia del PCP o del especialista que esté tratando al miembro. La referencia cubrirá hasta 12 consultas. No se necesita una autorización previa para el tratamiento inicial.</p> <p>La continuación de los servicios de terapia física (PT, por sus siglas en inglés) después de la evaluación inicial y el tratamiento requerirán autorización previa de la Alianza.</p> <p>Para miembros de 0-20 años de edad: se requiere referencia y autorización previa. Los niños pueden obtener la cobertura de estos servicios por medio de su distrito escolar.</p> |
| <b>SERVICIOS DE CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADOS</b>                             | <p>Estarán cubiertos como médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.</p>  |
| <b>SERVICIOS PARA TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ABUSO DE DROGAS</b>                 | <p>Están cubiertos en cada condado por Medi-Cal de tarifa por servicio, no por la Alianza.</p>  |
| <b>CUIDADO DE URGENCIA</b>   | <p>Lo debe proporcionar o tramitar su PCP, o llame a la Línea de Consejos de Enfermeras de la Alianza al (844) 971-8907.</p>  |
| <b>SERVICIOS DE VISIÓN</b>   | <p>Todos los miembros pueden obtener un examen de la vista de rutina y anteojos cada 2 años.</p> <p>Los servicios de la vista se brindan a través de Vision Service Plan (VSP, por sus siglas en inglés) al (800) 877-7195. Los miembros deben recibir estos servicios de un proveedor contratado de VSP.</p>   |

# Aviso De No Discriminación



La discriminación es contra la ley. Central California Alliance for Health (la Alianza) sigue las leyes estatales y federales de derechos civiles. La Alianza no discrimina de manera ilegal, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, credo, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

La Alianza proporciona:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como:
  - ✓ intérpretes calificados de lengua de señas
  - ✓ información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios gratuitos en otros idiomas para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
  - ✓ intérpretes calificados
  - ✓ información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Alianza de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m., llamando al **800-700-3874**. Si no puede oír o hablar bien, llame al **800-855-3000 (TTY: Marque 711)**. Si lo solicita, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Central California Alliance for Health  
1600 Green Hills Rd, Suite 101  
Scotts Valley, CA 95066  
800-700-3874  
800-855-3000 (TTY: Marque 711)

---

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si cree que la Alianza no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de forma ilegal de otra manera con base en su sexo, raza, color, credo, ascendencia, nacionalidad, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja con el coordinador de Derechos Civiles de la Alianza, también conocido como especialista superior de quejas. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

PERSONAS SANAS. COMUNIDADES SANAS.

# Aviso De No Discriminación



- **Por teléfono:** Comuníquese con el especialista superior de quejas de la Alianza de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 5:30 p.m., llamando al **800-700-3874**. O, si no puede oír o hablar bien, llame al **800-855-3000 (TTY: Marque 711)**.
- **Por escrito:** Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:  
  
Central California Alliance for Health  
Attn: Senior Grievance Specialist  
1600 Green Hills Rd, Suite 101  
Scotts Valley, CA 95066
- **En persona:** Visite la oficina de su doctor o de la Alianza y diga que quiere presentar una queja.
- **Electrónicamente:** Visite el sitio web de la Alianza en [www.thealliance.health](http://www.thealliance.health).

---

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL CUIDADO DE SALUD DE CALIFORNIA**

También puede presentar una queja de derechos civiles con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud de California por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar u oír bien, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

**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**

Los formularios de quejas están disponibles en  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Electrónicamente:** Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL CUIDADO DE SALUD DE EE. UU.**

Si considera que lo discriminaron con base en su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de queja están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electrónicamente: Visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

# Taglines



## English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). These services are free of charge.

## الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). هذه الخدمات مجانية.

## Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված կրթություն: Չանգահարեք 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

## ប្រាសាទសំខេមបូឌីយ៉ា (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

## 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 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929)。这些服务都是免费的。

## مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

## हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

HEALTHY PEOPLE. HEALTHY COMMUNITIES.

# Taglines



## **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). 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 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). 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 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929)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。1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929)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 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## **ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕໂຟມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). 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 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). 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 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-700-3874 (линия ТТУ: 1-800-735-2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-700-3874 (линия ТТУ: 1-800-735-2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

## **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-855-3000). Estos servicios son gratuitos.

## **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). Libre ang mga serbisyonang ito.

## **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

## **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). 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 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). 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 1-800-700-3874 (TTY: 1-800-735-2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.