

2026 年福利概述

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日

本计划适用于俄勒冈州的 Clackamas 县、Multnomah 县、Washington 县。

当您加入 Providence 时

您关联的不仅仅是一份保单，更是一份聚焦您健康与福祉的社区关怀。本福利概述旨在帮助您做出正确的健康护理决定。这是一份简短的指南，介绍了如果您加入我们的 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)，我们将承保哪些费用以及您将支付哪些费用。需要说明的是，这不是一份完整的福利明细表，不会列出我们承保的每项服务，也不会列出每项限制或除外事项。除 C 部分和 D 部分福利外，我们的计划还可能提供补充福利。

如需我们承保服务的完整清单，请参阅《承保范围说明书》(EOC)。您可以访问 ProvidenceHealthAssurance.com/EOC 或拨打下面“取得联系”部分所列的电话号码联系我们的客户服务部，索取纸质文件。

计划概览

Providence Health Assurance 是一家健康维护组织 (HMO)、有服务点选项的健康维护组织 (HMO-POS) 和健康维护组织特殊需求计划 (HMO SNP) 机构，与 Medicare 和俄勒冈健康计划 (Oregon Health Plan) 签有合约。Providence Health Assurance 的投保取决于合约续签情况。

我们的计划会员不仅可以享受 Original Medicare 的所有福利，还可以享受本概述中列出的一些额外福利。

谁可以加入？

如要加入我们的计划，您必须符合 Medicare A 部分投保资格、投保 Medicare B 部分、符合全部俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利资格，并且居住在我们的服务范围。我们的服务范围包括俄勒冈州的 Clackamas 县、Multnomah 县和 Washington 县。

联系方式

有疑问？可联系我们获取帮助：从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点。

- + 如果您是本计划的会员，请拨打免费电话 1-800-603-2340 (TTY: 711)
- + 如果您不是本计划的会员，请拨打免费电话 1-800-457-6064 (TTY: 711 / 1-800-855-7100)
- + 您也可以访问我们的在线网站：ProvidenceHealthAssurance.com

实用资源

- + 请访问 ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider，查看本计划的提供者和药房名录，或索取纸质文件。您也可以致电我们要求邮寄纸质文件给您。
- + 想查看本计划的处方药清单（D 部分处方药清单），及了解各种限制？请访问 ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary，或致电我们索取纸质文件。
- + 如需进一步了解 Original Medicare 的承保范围和费用，请查阅您当前的《Medicare 与您》手册，在 www.Medicare.gov 上在线查看，或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取纸质文件，每周七天，每天 24 小时可接通电话。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

月度计划保费	\$0
年度医疗免赔额	\$0
最高自付额（不包括处方药）	对于承保的 A 部分和 B 部分服务，您不需要支付最高自付金额以内的任何自付费用。 您在本计划网络内的年度限额：\$9,250

福利	网络内
住院治疗保险 ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> 住院治疗的共付额为 \$0 <u>俄勒冈健康计划 (Medicaid):</u> Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
门诊治疗保险 ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> 医院门诊手术的共付额为 \$0 <u>俄勒冈健康计划 (Medicaid):</u> Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
门诊手术中心 (ASC) 服务 ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> 门诊手术的共付额为 \$0 手术中心 <u>俄勒冈健康计划 (Medicaid):</u> Medicaid 承保服务的共付额为 \$0

¹ 服务可能需要事先授权。如需了解更多信息，请参阅《承保范围说明书》。

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

福利		网络内
医生就诊	初级护理提供者就诊	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 初级护理提供者的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
	专科医生就诊	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 专科医生就诊的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
预防护理（如年度体检、免疫接种、流感疫苗注射）		Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 您无需支付任何 Original Medicare 承保预防服务的费用 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
急诊护理		Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 急诊护理的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
急需服务		Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 急需服务的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0

¹ 服务可能需要事先授权。如需了解更多信息，请参阅《承保范围说明书》。

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

福利		网络内
诊断服务/ 实验室/影像	放射性诊断服务（如核磁共振成像 (MRI)、超声波、CT 扫描） ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 放射性诊断服务的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
	放射性治疗服务 ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 放射性治疗服务的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
	门诊 X 光检查	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 门诊 X 光检查的共付额 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
	诊断检测和医疗处理 ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 诊断检测和医疗处理的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
	实验室服务 ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
听力服务	Medicare 承保	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
牙科服务	Medicare 承保 ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
	其他/非 Medicare 承保	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 每六个月的津贴为 \$450，用于您选择的任何牙科服务；如果在发放津贴的年度内未使用，未使用的津贴将过期作废 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0

¹ 服务可能需要事先授权。如需了解更多信息，请参阅《承保范围说明书》。

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

福利		网络内
视力服务	Medicare 承保的检查/筛查	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 每次检查的共付额为 \$0 青光眼筛查的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0; 21 岁或以上成人每 24 个月一次
	常规检查	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 每个日历年一次常规视力检查, 共付额为 \$0 (包括屈光检查) 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0; 21 岁或以上成人每 24 个月一次
	Medicare 承保的眼镜	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 每次白内障手术后, 一副 Medicare 承保眼镜或隐形眼镜, 共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0; 仅适用于特定医疗状况
	常规眼镜或隐形眼镜	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 每个日历年最高津贴为 \$150, 用于任何组合的常规处方眼镜 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0; 仅适用于特定医疗状况
心理健康服务	住院就诊 ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 住院就诊的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
	门诊个人 ¹ 及团体治疗就诊 ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 门诊治疗就诊的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

福利	网络内
专业护理设施 (SNF) ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 第 1-20 天的共付额为 \$0 第 21-100 天每天的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0。对于专业护理设施，Medicaid 最多承保 20 天。
物理治疗 ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 物理治疗的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
救护车 ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 救护车服务的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
接送服务（本计划包括非医疗接送服务） ²	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 如果您符合慢性病特殊补充福利 (SSBCI) 的条件，24 次单程（每次最多 25 英里）的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0；前往承保预约的非紧急医疗接送服务
Medicare B 部分药物 ¹	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): B 部分药物的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): Medicaid 承保服务的共付额为 \$0
送餐计划（仅限出院后）	Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): 在符合条件的住院治疗，28 天内每天 2 餐的共付额为 \$0 俄勒冈健康计划 (Medicaid): 不承保

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

预充值借记卡	非处方项目 食品与农产品 ²	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> 每三个月的津贴为 \$40（零售卡订购、目录订购、线上订购、邮寄订购以及电话订购）。 如果您符合慢性病特殊补充福利的条件，每三个月的津贴为 \$200（零售卡订购、目录订购、线上订购、邮寄订购以及电话订购）。您还可以用卡购买符合资格的健康食品，如农产品、乳制品、肉类等。 未使用的额度将添加至下一季度，然后于 2026 日历年年底过期作废。 <u>俄勒冈健康计划 (Medicaid):</u> 不承保
个人应急系统 (PERS)		<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> 共付额为 \$0 <u>俄勒冈健康计划 (Medicaid):</u> 不承保
健康计划		<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> 参与健身俱乐部的每月健身会籍的共付额为 \$0 <u>俄勒冈健康计划 (Medicaid):</u> 不承保

¹ 服务可能需要事先授权。如需了解更多信息，请参阅《承保范围说明书》。

² 该福利属于针对慢性病患者的特殊补充计划。患有糖尿病、慢性致残性心理健康疾病、心血管疾病、慢性肺部疾病、神经系统疾病以及其他符合条件但未列出的病症的会员可能有资格获得此项福利。仅符合上述疾病情况的会员并不能保证有资格享受这项福利。必须满足所有适用的资格条件，方可享受该福利。如需了解有关详情，请联系客户服务部，电话：503-574-8000 或 1-800-603-2340。（TTY 用户请拨打 711。）从 4 月 1 日至 9 月 30 日，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。从 10 月 1 日至次年 3 月 31 日，服务时间为周日至周六（每周 7 天）上午 8 点至晚上 8 点（太平洋时间）。通话免费。

处方药福利

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

处方药免赔额	
年度免赔额	您没有免赔额。
初始承保	在您的 年度自付费用总额达到 \$2,100 之前，您需支付以下费用。
非专利药（包括被视为非专利药的品牌药）	
您支付：	您的共付额为 \$0, \$1.60 或 \$5.10
所有其他药物	
您支付：	您的共付额为 \$0、\$4.90 或 \$12.65
	您可在网络零售药店和通过邮购订购药品。
重大疾病保险	当您的年度自付药物费用（包括通过零售药房和邮购订购的药物）达到 \$2,100 后，您便无需支付 所有的药物费用。

处方药清单和/或药房网络可随时变更。必要时，您将收到通知。

关于由您支付的疫苗费用的重要信息：我们的计划承保大部分 D 部分疫苗，您无需付费。请致电客户服务部了解更多信息。

俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保服务概述

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 承保福利概述中保费和福利部分所述的福利。对于特定会员，俄勒冈健康计划 (Medicaid) 可能只支付俄勒冈健康计划 (Medicaid) 常规承保的服务的分摊费用。请联系俄勒冈健康计划 (Medicaid) 或您的协调护理组织了解更多信息。Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 会员通过 Health Share of Oregon 加入 Providence 的俄勒冈健康计划 (Medicaid)，将不需为任何 Medicare 承保的医疗服务支付自付费用。处方药分摊费用仍然适用。

如需了解有关俄勒冈健康计划 (Medicaid) 福利的详细信息，请访问以下链接：

www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Benefits.aspx 或致电您的协调护理组织客户服务部。

以下是俄勒冈健康计划 (Medicaid) 承保服务清单	
福利	其他信息
牙科	基础服务包括清洁、涂氟、补牙和拔牙 紧急或立即治疗 义齿 臼齿（后牙）不锈钢牙冠
与健康相关的社会需求 (HRSN) 服务	住房和营养援助。根据需求评估向符合条件的会员提供。
听力	助听器和助听器检查
家庭保健	注册护士或家庭健康助理提供的护理
安养疗护	临终关怀
医院护理	紧急治疗 住院和门诊护理
免疫接种和疫苗	如流感疫苗或 COVID-19 疫苗
孕期保健	分娩、生产和产后护理
实验室检测和 X 光检查	如血液筛查和乳房 X 光检查
医师、执业护士或助理医师提供的医疗护理	如常规检查或一般预约
医疗设备和用品	如糖尿病试纸或拐杖
医疗接送服务	如救护车或赴约的非紧急接送服务
心理健康护理	如治疗或住院治疗
物理、职能和言语治疗	改善日常生活技能或功能的治疗
处方药	有限药物的俄勒冈健康计划 (OHP) 仅包括 Medicare D 部分不承保的药物
物质使用障碍治疗	如心理咨询、药物辅助治疗、针灸、住院治疗和朋辈支持服务
视力	任何眼部症状的医学眼科检查 为存在符合条件的医疗状况（如无晶体眼或角膜炎）的成人承保眼镜。

俄勒冈健康计划 Medicaid 不承保的服务（除外事项）：

并非所有医疗治疗都在承保范围内。当您需要医疗治疗时，请联系您的初级护理提供者。以下是部分除外事项（不包括所有除外事项）：

- + Medicare D 部分承保的处方药
- + “家庭”治疗有效的状况，如涂抹药膏、关节疼痛静养、多补充液体或软食。这些症状包括：
 - + 口腔溃疡
 - + 尿疹
 - + 鸡眼/皮肤硬结
 - + 晒伤
 - + 食物中毒
 - + 扭伤
- + 个人舒适或便利物品（收音机、电话、热水浴缸、跑步机等）
- + 以美容为主的服务，比如：
 - + 良性皮肤肿瘤
 - + 整容手术
 - + 消除疤痕
- + 通常治疗无效的症状，比如：
 - + 部分背部手术
 - + 颞下颌关节 (TMJ) 手术
 - + 一些移植手术
- + 您的直系亲属或家庭成员提供的服务
- + 在美国境外接受的任何服务
- + 在网络外提供者处接受的非紧急护理
- + 其他非承保服务，包括但不限于以下情况：
 - + 不孕不育服务

如果您对承保或非承保服务有任何疑问，请联系协调护理组织的客户服务部。

此信息并非完整的福利说明。如需了解更多信息，请拨打 1-800-603-2340，TTY 用户请拨打 711。符合 Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 资格的全额双重保险投保人可获 B 部分保费承保。保费、共付额、共同保险和免赔额可能会根据您接受的额外帮助级别而有所不同。请联系该计划了解更多详情。

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 1-800-603-2340 (TTY: 711) or speak to your provider.”

Español (Spanish)

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 1-800-603-2340 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Việt (Vietnamese)

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 1-800-603-2340 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

中文 (Chinese-Simplified)

注意：如果您说中文，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，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-603-2340（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。”

中文 (Chinese- Traditional)

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-603-2340（TTY：711）或與您的提供者討論。」

РУССКИЙ (Russian)

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 1-800-603-2340 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

українська мова (Ukrainian)

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-603-2340 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

日本語 (Japanese)

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。1-800-603-2340 (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。

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-603-2340 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

Deutsch (German)

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 1-800-603-2340 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider."

فارسي (Farsi)

توجه: اگر فارسي صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-603-2340 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Français (French)

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 1-800-603-2340 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

ไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-603-2340 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong 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 1-800-603-2340 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-800-603-2340 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።”

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-603-2340 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।”

ລາວ (Laos)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.”

ՀԱՅԵՐԵՆ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվակալան անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներին ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-800-603-2340 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Lus Hmoob (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-603-2340 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.”

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।”