

PRAVILNIK

Pravilnik o ispostavi računa koji su odgovornost pacijenta i utjerivanju dugovanja

Ovaj Pravilnik se odnosi na sljedeće lokacije Corewell Health:

Beaumont Corporate Shared Services, Beaumont Dearborn, Beaumont Farmington Hills, Beaumont Grosse Pointe, Beaumont Medical Group, Beaumont Pharmacy Solutions, Beaumont Royal Oak, Beaumont Taylor, Beaumont Trenton, Beaumont Troy, Beaumont Wayne, Post Acute Care (Beaumont) Corewell Health (Corporate), Big Rapids (Mecosta County Medical Center), Continuing Care, Corporate, Gerber Memorial (Newaygo County General Hospital Association), Ludington (Memorial Medical Center of West Michigan), Outpatient/Physician Practices, Pennock (Pennock Hospital), Reed City (Reed City Hospital Corporation), SH GR Hospitals (Spectrum Health Hospitals), SHMG, Spectrum Health Lakeland (Lakeland Community Hospital Watervliet; Lakeland Hospitals u Niles i St. Joseph Inc.), United/Kelsey (Spectrum Health United; Spectrum Health Kelsey Hospital), Zeeland (Zeeland Community Hospital)

Primjenjivost ograničena na: Nije primjenjivo

Referentni br.: 13636

Verzija br.: 5

Datum stupanja na snagu: 01. 11. 2022.

Funkcionalno područje: Financije, Ciklus prihoda

Područje odjeljenja: Financije, Pristup pacijenata, Financijske usluge pacijentima (PFS)

Obavijest o nediskriminaciji: Politika Corewell Health i svih njegovih podružnica je pružati kvalitetnu njegu svim osobama. Corewell Health neće diskriminirati na osnovu rase, boje kože, nacionalne pripadnosti, državljanstva, spola, religije, starosti, invaliditeta, političkih vjerovanja, seksualne orijentacije i bračnog ili porodičnog statusa. Odluke o prijemu i liječenju pacijenata donose se isključivo na osnovu zdravstvenih potreba pacijenta i kapaciteta i mogućnosti ustanove da pruži potrebnu zdravstvenu njegu i liječenje. Prijem i liječenje neće biti uskraćeni na osnovu etničke pripadnosti, boje kože, roda, spola, rase, nacionalne pripadnosti, religije, invaliditeta, starosti, statusa HIV, statusa veterana ili vojnika, izvora plaćanja za usluge, ni po bilo kojoj drugoj osnovi zabranjeno federalnim, državnim ili lokalnim zakonima. Pacijenti će biti liječeni u skladu sa svojim spolnim identitetom. Osim toga, odobrene lokacije Nacionalnog korpusa za zdravstvene usluge ("NHSC") i Programa za otplatu pozajmica države Michigan ("MSLRP") neće diskriminirati u pružanju usluga pojedincima (i pravo na programe) neće bazirati na sposobnosti osoba da plate bez obzira da li za te usluge plaća Medicare, Medicaid ili CHIP; te neće diskriminirati na osnovu rase, boje kože, spola, nacionalne pripadnosti, invaliditeta, religije, starosti, seksualne orijentacije ili spolnog identiteta.

1. Svrha

Osiguravanje pravednog i jednakog tretmana svih pacijenata i garantora u odnosu na račune koji su odgovornost pacijenta prema Corewell Health ili bilo kojoj njegovoj podružnici. U tu svrhu Corewell Health neće preduzimati izvanredne postupke utjerivanja duga prema pacijentu i/ili garantoru da bi osigurao plaćanje za njegu prije nego učini razumne napore da utvrdi da li pacijent i/ili garantor ima pravo na pomoć prema njegovom Pravilniku za utvrđivanje prava na financijsku pomoć (FAP).

Organi će se pozivati na povezanu dokumentaciju sadržanu u ovom dokumentu kad je to primjenjivo
Štampane kopije ovog dokumenta mogu biti zastarjele i ne treba ih smatrati kontrolisanim.

Ovaj Pravilnik ima za cilj zadovoljiti uslove člana 501(r)(6) Zakonika o unutarnjim prihodima iz 1986. godine, s izmjenama i dopunama, koji od bolnica zahtijeva da ispune određene uslove vezane za postupke ispostave računa i utjerivanje dugova od pacijenata koji se kvalifikuju za finansijsku pomoć prema Pravilniku o finansijskoj pomoći bolnica.

2. Definicije

- 2.1. Standard: Račun koji je odgovornost pacijenta, koji je Corewell Health ili delegirana treća strana pokušala naplatiti, i koji nije plaćen u potpunosti ili preko dogovorenog plana otplate nakon što su sve interne mogućnosti utjerivanja duga iscrpljene od strane Corewell Health ili delegirane treće strane.
- 2.2. Izvanredni postupci utjerivanja duga ("ECA"): Ti postupci uključuju podizanje građanske tužbe, oduzimanje pacijentove plaće ili povrata poreza.
- 2.3. Garant: Pojedinac koji garantuje plaćanje usluga koje je pacijent primio u Corewell Health.
- 2.4. Pacijent: Pojedinac koji prima usluge u Corewell Health ili jednoj od njegovih podružnica.
- 2.5. Iznos koji je odgovornost pacijenta: Svi naplativi iznosi koji su odgovornost pacijenta i/ili garantora. To uključuje iznose nepokrivene osiguranjem, participaciju pacijenta, odbitke od police osiguranja, suosiguranje, usluge nepokrivene osiguranjem, i sve iznose koje pacijent dužuje nakon što osiguranje plati svoj dio za koje se smatra da su odgovornost pacijenta i/ili garantora.

Ako pacijent ima Medicaid i odgovaran je za usluge koje Medicaid ne pokriva (npr. lijekove koje si sam da, tečajevi o porodu), Corewell Health će za te iznose smatrati da se kvalifikuju za odluku o finansijskoj pomoći.

- 2.6. Treća strana koja utjeruje dugove: Ugovorna kompanija koja utjeruje neplaćene iznose koji su odgovornost pacijenata u ime Corewell Health, ali to čini pod svojim imenom, u skladu sa svim federalnim, državnim i lokalnim zakonima i pravilima.
- 2.7. Aplikacijski period: Period tokom kojeg Corewell Health mora prihvatiti i obraditi aplikaciju za finansijsku pomoć (kako je definisano u Pravilniku za finansijsku pomoć, FAP). Aplikacijski period započinje na datum kada je ispostavljen prvi račun za primljenu njegu nakon otpusta iz bolnice za njegu i završava 240. dan nakon toga. (U određenim okolnostima, kako je opisano u ovom Pravilniku, od Corewell Health se može zatražiti da prihvati i obradi aplikaciju za finansijsku pomoć nakon završetka aplikacijskog perioda.)
- 2.8. Pravilnik za finansijsku pomoć (FAP): Corewell Health Pravilnik za finansijsku pomoć koji je izradila svaka njegova podružnica da bi identificirala i pružila finansijsku pomoć pacijentima kojima je potrebna pomoć u plaćanju njihovih bolničkih računa.
- 2.9. Razumni naponi: Postupci koje mora preduzeti Corewell Health da bi utvrdio da li pacijent i/ili garantor ima pravo na finansijsku pomoć prema Pravilniku o finansijskoj pomoći prije nego započne bilo kakve postupke za utjerivanje duga da bi osigurao plaćanje usluga, u skladu s pravilima Službe o unutarnjim prihodima i Ministarstva finansijska SAD-a.

3. **Odgovornosti**

Pravilnik o ispostavi računa koji su odgovornost pacijenta i utjerivanju dugovanja primjenjivat će adekvatno zaduženo osoblje Corewell Health kako je opisano u relevantnim procedurama.

4. **Poštivanje**

Kršenje ovog pravilnika od strane bilo kojeg zaposlenika Corewell Health podliježe mogućim korektivnim postupcima.

5. **Pravilnik**

5.1. Corewell Health će saradivati sa pacijentima i/ili garantorima i svim dopustivim trećim stranama da bi pravilno utvrdio i riješio odgovarajuću naplatu iznosa koji su odgovornost pacijenta. Iznosi koji su odgovornost pacijenata biće naplaćeni u skladu s ovim Pravilnikom.

5.1.1. Preminuli pacijenti – Suosjećanje s porodicom preminulih pacijenata kada oni izgube voljenu osobu je prioritet Corewell Health-a. Corewell Health će identificirati i pronaći rješenje za naplatu iznosa koji su odgovornost preminulih pacijenata kako je opisano u Proceduri za iznose koji su odgovornost preminulih pacijenata ili garantora. Kako je opisano u ovoj proceduri, Corewell Health će koristiti javnu evidenciju da bi provjerio datum smrti, procijenio da li se pacijent kvalifikuje za finansijsku pomoć ili Medicaid, te da li može uložiti zahtjev za naplatu računa iz ostavštine preminulog.

5.1.2. Pacijenti koji su bankrotirali – Corewell Health se pridržava Zakonika o bankrotu Sjedinjenih Država. Stoga će Corewell Health identificirati i naplatiti iznose koji su odgovornost bankrotiranih pacijenata kako stoji u Proceduri za naplatu iznosa koji su odgovornost bankrotiranih pacijenata. Ubiranje duga i ispostava računa će prestati u trenutku obavijesti o bankrotu za sve datume usluga pokrivene odlukom o bankrotu. Corewell Health i ugovorne treće strane će pratiti proces bankrota sve dok odluka o bankrotu ne postane konačna ili zahtjev bude odbačen.

5.1.3. Pacijenti kojima je potrebna finansijska pomoć – Corewell Health na raspolaganju ima opcije finansijske pomoći koje su dostupne pacijentima za iznose koji su njihova odgovornost prema FAP-u. Ovaj odjeljak detaljno opisuje postupke koje je potrebno preduzeti da se utvrdi da li pacijent i/ili garantor ima pravo na finansijsku pomoć prema FAP-u prije nego Corewell Health može da preduzme bilo kakav postupak utjerivanja duga protiv pojedinca.

5.1.3.1. Pacijenti i/ili garantori dobiće pismenu obavijest o FAP-u kako je definisano u relevantnim procedurama. Corewell Health će prihvatiti aplikacije za finansijsku pomoć za račune tokom svih internih napora ubiranja duga i kada oni budu poslani ugovornoj trećoj strani za utjerivanje dugova za vrijeme aplikacijskog perioda.

5.1.3.1.1. Podnošenje kompletne aplikacije za finansijsku pomoć.

- Ako pacijent i/ili garantor popuni kompletnu aplikaciju za finansijsku pomoć unutar aplikacijskog perioda, Corewell Health će:
 - Suspendovati sve postupke utjerivanja duga
 - Utvrditi da li pacijent ima pravo na finansijsku pomoć i obavijestiti pacijenta i/ili garantora pismenim putem o odluci o pravu (uključujući, ako je primjenjivo, pomoć na koju pacijent ima pravo) i osnovu za donošenje takve odluke.
 - Ako se utvrdi da pacijent ima pravo na finansijsku pomoć za plaćanje njege, Corewell Health će:

- Pacijentu i/ili garantoru dostaviti pismenu obavijest u kojoj je opisana financijska odgovornost pacijenta i/ili garantora prema FAP-u;
- Vratiti pacijentu i/ili garantoru sve iznose koje su platili za njegu koja prevazilazi iznose za koji je utvrđeno da predstavlja njihovu ličnu odgovornost prema FAP-u, osim ako taj iznos nije manji od pet dolara (ili drugi takav iznos objavljen u Biljtenu o internim prihodima);
- Preduzeti sve razumno moguće mjere da bi zaustavio sve postupke utjerivanja duga koje je preduzeo protiv pacijenta i/ili garantora da bi naplatio svoje račune za primljenu njegu.

5.1.3.1.2. Podnošenje nepotpune aplikacije za financijsku pomoć.

- Ako pacijent i/ili garantor podnese nepotpunu aplikaciju za financijsku pomoć tokom aplikacijskog perioda, Corewell Health će:
 - Suspendovati sve postupke utjerivanja duga koje je preduzeo da bi naplatio svoje račune za njegu.
 - Pacijentu i/ili garantoru dostaviti pismenu obavijest koja opisuje dodatne informacije i/ili dokumentaciju koji su obavezni prema FAP-u ili formularu aplikacije za financijsku pomoć koji se moraju podnijeti da bi aplikacija bila kompletna, te da se te informacije i/ili dokumentacija moraju podnijeti u roku od trideset (30) dana od datuma pismene obavijesti, jer će u suprotnom aplikacija biti odbijena, i postupci utjerivanja duga će se nastaviti.
 - Ova obavijest će uključivati Corewell Health informacije za kontakt.
 - Ako naknadno budu primljene dodatne informacije i/ili dokumentacija i račun je još uvijek unutar aplikacijskog perioda, račun će ponovo biti razmotren za financijsku pomoć i postupci utjerivanja duga će se zaustaviti dok se ne donese konačna odluka o tome.

5.1.3.1.3. Nepodnošenje aplikacije za financijsku pomoć.

- Ako aplikacija za financijsku pomoć ne bude podnijeta unutar aplikacijskog perioda, Corewell Health tada može započeti postupke utjerivanja duga da bi naplatio svoje račune za pruženu njegu nakon što pacijenta i/ili garantora obavijesti o FAP-u, kako je opisano ranije u ovom tekstu.

5.1.4. Prilagođavanja iznosa za neosigurane pacijente – Bez obzira na suprotno navedeno u ovom Pravilniku, za bolničke usluge pružene neosiguranim pacijentima čiji godišnji prihod je manji ili jednak 250% federalne granice siromaštva (FPG), a koji inače ne zadovoljavaju FAP, Corewell Health će prilagoditi sve cijene za takve usluge tako da one ne iznose više od 115% Medicare cijena za iste ili slične usluge. Ako pacijent i/ili garantor plati takve prilagođene cijene Corewell Health će smatrati da je u potpunosti platio za sve usluge.

5.1.5. Opcije za plaćanje – Corewell Health će definisati i ponuditi opcije za plaćanje koje su dostupne pacijentu i/ili garantoru za iznose koji su odgovornost pacijenta kako bi pacijentu i/ili garantoru omogućio da plati svoje račune, kako je opisano u Proceduri za opcije plaćanja iznosa koji su odgovornost pacijenta. Plaćanje u potpunosti je moguće

Organi će se pozivati na povezanu dokumentaciju sadržanu u ovom dokumentu kad je to primjenjivo
Štampane kopije ovog dokumenta mogu biti zastarjele i ne treba ih smatrati kontrolisanim.

kešom, čekom, novčanim nalogom ili kreditnom karticom. Druge opcije za plaćanje uključuju interne i eksterne planove otplate.

5.1.6. Utjerivanje duga – Ako nakon svih opcija navedenih pod 5.1.3.-5.1.5. gore u tekstu još uvijek postoji neplaćeni iznos koji je odgovornost pacijenta, Corewell Health taj neplaćeni iznos koji je odgovornost pacijenta može poslati ugovornoj trećoj strani za utjerivanje duga, kako je opisano u Proceduri za ispostavu računa za iznose koji su odgovornost pacijenta i utjerivanje dugovanja. Prije nego bude predat agenciji za utjerivanje duga pacijent i/ili garantor treba da primi barem četiri (4) računa u roku od minimalno 120 dana.

5.1.6.1. Corewell Health neće ovlastiti nikakve postupke utjerivanja duga unutar prvih trideset (30) dana od slanja pacijenta i/ili garantora ugovornoj trećoj strani za utjerivanje duga.

5.1.6.2. Corewell Health neće preduzimati nikakve postupke utjerivanja duga protiv pacijenta i/ili garantora bez da učini razumne napore da bi utvrdio pravo pacijenta prema FAP-u. Specifično, ako Corewell Health ima namjeru preduzimati postupke za utjerivanje duga, sljedeće mora biti preduzeto najmanje trideset (30) dana prije preduzimanja jednog ili više postupaka za utjerivanje duga:

- Corewell Health će obavijestiti pacijenta i/ili garantora pismenim putem da je financijska pomoć dostupna pojedincima koji imaju pravo te će identifikovati postupke utjerivanja duga koje Corewell Health (ili njihova ugovorna treća strana za utjerivanje dugovanja) imaju namjeru preduzeti da bi osigurali plaćanje računa.
- Corewell Health će učiniti razumne napore da bi obavijestio pacijenta o FAP-u i kako pacijent i/ili garantor mogu dobiti pomoć u aplikacijskom procesu.

5.1.7. Pošta koja se vrati neisporučena – Pošta koja se vrati neisporučena obradit će se uz pomoć baze podataka USPS i greške će biti ispravljene ako je potrebno. Odgovornost garantora je da podnese svoju trenutnu poštansku adresu u trenutku primanja usluge ili ako se preseli. Ako na računu ne postoji važeća poštanska adresa, Corewell Health će smatrati da su razumni napori učinjeni.

6. Konačna odgovornost

Konačnu odgovornost za odlučivanje da li je Corewell Health učinio razumne napore da utvrdi da li pacijent ima pravo na pomoć prema FAP-u, te da li stoga smije započeti postupke utjerivanja duga protiv pacijenta i/ili garantora, snosi Viši potpredsjednik za Cikluse prihoda ili njegov/njen imenovani zamjenik.

7. Revizije

Corewell Health zadržava pravo da izmijeni, ispravlja, modifikuje ili eliminiše ovaj pravilnik u bilo kom trenutku bez prethodne pismene obavijesti.

8. Reference

[Pravilnik o pravu na financijsku pomoć](#)

[Procedura za iznose koji su odgovornost pacijenta ili garantora preminulih pacijenata](#)

[Procedura za iznose koji su odgovornost pacijenata koji su bankrotirali](#)

[PFS – Procedura za opcije plaćanja iznosa koji su odgovornost pacijenata](#)

9. Izrada i odobrenje Pravilnika

Vlasnik dokumenta:

Organi će se pozivati na povezanu dokumentaciju sadržanu u ovom dokumentu kad je to primjenjivo. Štampane kopije ovog dokumenta mogu biti zastarjele i ne treba ih smatrati kontrolisanim.

Paula Cersosimo (Administrativni asistent)

Autor(i):

Crystal Lang (Menadžer, Financijske usluge pacijentima)

Pregledavač(i):

Amy Assenmacher (Viši potpredsjednik, Financijski ciklus prihoda), Courtney Guernsey (Potpredsjednik, Financijske usluge), Matthew Cox (Glavni direktor na financije), Sarah Clark (Potpredsjednik, Registracija/Financijsko savjetovanje), Steffany Dunker (Upravljački savjetnik)

Odobrio(la):

Christina Freese Decker (Predsjednik i glavni izvršni direktor)

Dodatak A

Obavijest o nediskriminaciji:

Politika Corewell Health i svih njegovih podružnica je pružati kvalitetnu zdravstvenu njegu svim osobama. Odluke o prijemu i liječenju donose se isključivo na osnovu zdravstvenih potreba pacijenta i kapaciteta i mogućnosti ustanove da pruži potrebnu zdravstvenu njegu i liječenje. Prijem i liječenje neće biti odbijeni na osnovu etničke pripadnosti, boje kože, roda, spola, rase, nacionalne pripadnosti, religije, invaliditeta, dobi, statusa HIV, statusa veterana ili vojnika, izvora plaćanja za usluge, ni po bilo kojoj drugoj osnovi zabranjenoj federalnim, državnim ili lokalnim zakonom. Pacijenti će biti liječeni u skladu sa svojim spolnim identitetom. Odobrene lokacije NHSC-a se moraju složiti da neće diskriminirati u pružanju usluga pojedincima na osnovu: nesposobnosti pojedinca da plati; da li će plaćanje za te usluge biti preko Medicare-a, Medicaid-a ili CHIP-a; rase pojedinca, boje kože, spola, nacionalne pripadnosti, invaliditeta, boje kože, spola, nacionalne pripadnosti, invaliditeta, religije, dobi, seksualne orijentacije ili spolnog identiteta.

Više detalja potražite u [Pravilniku o pravima i odgovornostima pacijenata](#).

Corewell Health:

- Pruža besplatna pomagala i usluge ljudima s invaliditetom da bi s nama mogli efikasno komunicirati, kao što su:
 - Kvalifikovani tumači za znakovni jezik
 - Pismene informacije u drugim formatima (povećana slova, audio, pristupačni elektronski formati, drugi formati)
- Pruža besplatne jezičke usluge ljudima čiji glavni jezik nije engleski, kao što su:
 - Kvalifikovani tumači
 - Informacije napisane na drugim jezicima

Ako su vam potrebne ove usluge, kontaktirajte Corewell Health jezičke usluge na broj: 616.267.9701 ili 1.844.359.1607 (lokalni za osobe s oštećenim sluhom ili govorom: 711)

Ako smatrate da vam Corewell Health nije pružio ove usluge ili da je protiv vas diskriminirao na drugi način na osnovu rase, boje kože, nacionalne pripadnosti, dobi, invaliditeta ili spola, možete uložiti žalbu na:

- Za Legacy Beaumont Health:
Odjeljenje za iskustvo pacijenata
26901 Beaumont Blvd
Southfield, MI 48033
947-522-1472
Pfcc@beaumont.org

Organi će se pozivati na povezanu dokumentaciju sadržanu u ovom dokumentu kad je to primjenjivo
Štampane kopije ovog dokumenta mogu biti zastarjele i ne treba ih smatrati kontrolisanim.

- Za Legacy Spectrum Health Lakeland i Legacy Spectrum Health West Michigan:
Direktor, Iskustvo pacijenata
100 Michigan St NE, MC 006
Grand Rapids, MI 49503
616-391-2624; besplatni telefon: 1-855-613-2262
patient.relations@spectrumhealth.org

Žalbu možete uložiti lično, poštom ili imejlom. Ako vam je potrebna pomoć u podnošenju žalbe, na raspolaganju vam stoji Direktor iskustva pacijenata koji vam može pomoći.

Žalbu zbog kršenja građanskih prava takođe možete uložiti u Uredu za građanska prava Ministarstva za zdravstvo i usluge građanima SAD-a elektronskim putem preko portala za žalbe Ureda za građanska prava, koji je dostupan na web stranici <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ili poštom ili telefonom na:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (telefon za osobe s oštećenim sluhom ili govorom).

Formulari za žalbe dostupni su na web stranici <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Kontaktirajte nas

Español (*Spanish*)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).

العربية (*Arabic*)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث أذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

中文 (*Chinese*): 國語/普通話 (*Mandarin*), 粵語 (*Cantonese*)

請注意: 如果您講中文, 你可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打1-844-359-1607 (TTY 手語翻譯: 711)

。

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 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ako govorite srpsko-hrvatski (*srpski, hrvatski ili bosanski*)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711). (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

አማርኛ (*Amharic*)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በጎጂ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-359-1607. (ሙስማት ለተሳናቸው: (TTY: 711).

नेपाली (*Nepali*)

Organi će se pozivati na povezanu dokumentaciju sadržanu u ovom dokumentu kad je to primjenjivo
Štampane kopije ovog dokumenta mogu biti zastarjele i ne treba ih smatrati kontrolisanim.

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस्

1-844-359-1607 (टिटावाइ: (TTY: 711).

Thuɔŋjaŋ (*Nilotic – Dinka*)

PID KENE: Na ye jam në Thuɔŋjaŋ, ke kuony yenë koc waar thook atö kuka lëu yök abac ke cïn wënh cuatë piny. Yuopë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kiswahili (*Swahili*)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

فارسی (**Farsi**)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.844-359-1607 (TTY: 711). تماس بگیرید.

Français (**French**)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.844-359-1607 (TTY: 711).

(**Burmese**)

အသိပေးခြင်း

သင်ပြောသော ဘာသာစကားကို အခမဲ့ ဘာသာပြန် ရှိပါသည်။ ဖုန်းခေါ်ရန်

فارسی دری (**Dari**)

توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در دسترس است. تماس با 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (*Haitian Creole*)

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

Ikinyarwanda (**Kinyarwanda**)

ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi, urazihabwa, ku buntu.

Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA - TTY: 711).

Soomaali (**Somali**)

DIGTOONI: Haddii aad hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad heli kartaa. Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

Sudanese (اللهجة السودانية)

انتباه: إذا كنت تتحدث اللهجة السودانية، خدمات المساعدة بلغتك متاحة مجاناً. اتصل على الأرقام 1-844-359-1607 (رقم الصم والبكم: 711).

தமிழ் (**Tamil**)

கவனம்: நீங்கள் தமிழ் பேசினால், உங்களுக்கு இலவசமான மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கின்றன. இந்த எண்ணை அழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY: 711).

ትግርኛ (**Tigrinya**)

ትኩረት፡ ትግርኛ እንድትረ ትዘረብ ኮንካ፣ ናይ ቋንቋ ደገፍ ኣልግሎታት፣ ብናጻ ክቐርቡልካ እዮም። ደውል 1.844-359-1607 (TTY: 711)።

Organi će se pozivati na povezanu dokumentaciju sadržanu u ovom dokumentu kad je to primjenjivo
Štampane kopije ovog dokumenta mogu biti zastarjele i ne treba ih smatrati kontrolisanim.