

## 2020 FORMULARIO DE SOLICITUD PARA AFILIACIÓN

Por favor comunicarse con Doctors HealthCare Plans si necesita información en otro idioma o en formato (Braille).

Para afiliarse en Doctors HealthCare Plans, Inc., por favor suministre la siguiente información:

### MARQUE EL PLAN AL QUE DESEA AFILIARSE

- |   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>DrMax</b><br>(001) (HMO-POS)<br>\$0 Por Mes | <input type="checkbox"/> <b>DrPlus</b><br>(002) (HMO-POS SNP)<br>\$0 Por Mes | <input type="checkbox"/> <b>DrCare</b><br>(003) (HMO-POS SNP)<br>\$0 Por Mes | <input type="checkbox"/> <b>DrExtra</b><br>(004) (HMO-POS SNP)<br>\$0 Por Mes | <input type="checkbox"/> <b>DrValue</b><br>(005) (HMO-POS)<br>\$0 Por Mes |
|---|--|--|---|---|

Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta.	<input type="checkbox"/> Sra.
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo	# de teléfono del domicilio ( )	# de teléfono celular ( )	# de teléfono alterno ( )
Dirección del domicilio permanente (Apartados postales no son permitidos)				
Ciudad	Estado	Condado	Código postal	
Dirección de correo (solamente si es diferente a la dirección permanente)				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico				
Contacto de emergencia	Número de teléfono ( )	Relación		

Al dar su correo electrónico y número de teléfono, está dando el consentimiento para recibir mensajes por teléfono automarcados y pregrabados, publicidad informativa y mensajes de texto acerca del cuidado de la salud. Usted puede retirar el consentimiento en cualquier momento llamando al servicio al afiliado al número (833) 342-7463 que se encuentra al reverso de su tarjeta.

### POR FAVOR SUMINISTRE SU INFORMACIÓN DEL SEGURO DE MEDICARE

Por favor saque su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección.

- |   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Llenar esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.</li> </ul>   | Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare)<br>.....<br>Numero de Medicare. ....<br><b>Con derecho a:</b><br><b>HOSPITAL (Parte A)</b> .....<br><b>MEDICO (Parte B)</b> ..... | <b>Fecha de Inicio:</b><br><br> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Anexe una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o del Fondo de Retiro Ferroviario.</li> </ul> |   |                                 |

Debe tener Medicare Parte A y Parte B para afiliarse al plan de Medicare Advantage.

## PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

Si usted selecciona un plan con una prima de \$0 y determinamos que usted debe una multa por afiliación tardía (o si actualmente tiene una multa por afiliación tardía), es necesario que nos deje saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar mensualmente por correo. También, puede pagar cada mes su prima por deducción automática del cheque de beneficios de su Seguro Social o del Fondo de Retiro Ferroviario (RRB sigla en inglés). Si se le ha estimado una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (IRMA sigla en inglés), usted será notificado por parte de la oficina de la Administración del Seguro Social. Usted será el responsable por pagar esta cantidad extra además de la prima mensual del plan. A usted se le deducirá del cheque de beneficios del Seguro Social o directamente Medicare o el RRB (sigla en inglés) le enviará una factura. **NO pague la parte D-IRMAA a Doctors HealthCare Plans, Inc.**

**Si usted ha seleccionado un plan con una prima mensual usted puede pagar su prima mensual (incluyendo cualquier multa por afiliación tardía que actualmente tenga o que pueda tener) por correo cada mes.** También puede pagar mensualmente su prima por deducción automática del cheque de beneficios de su Seguro Social o del Fondo de Retiro Ferroviario (RRB sigla en inglés). Si se le ha estimado una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D, usted será notificado por parte de la oficina de la Administración del Seguro Social. Usted será el responsable por pagar esta cantidad extra además de la prima mensual del plan. A usted se le deducirá del cheque de beneficios del Seguro Social o directamente Medicare o el RRB (sigla en inglés) le enviará una factura. **NO pague la parte D-IRMAA a Doctors HealthCare Plans, Inc.**

Las personas con ingreso limitado pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar por el costo de los medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más del costo de sus medicamentos incluyendo la prima mensual para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán una brecha de cobertura ni la multa por enrolamiento tardío. Muchas personas califican por estos ahorros y no lo saben. Para más información acerca de esta ayuda adicional comuníquese con su oficina local de Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios del TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede aplicar por la ayuda adicional en la página web del Seguro Social: en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica por la ayuda adicional con los costos de cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará todo o parte de la prima por este beneficio. Si Medicare solo paga una porción de la prima, nosotros le enviaremos una factura a usted por la cantidad que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura.

## POR FAVOR SELECCIONAR UNA OPCIÓN DE PAGO PARA SU PRIMA

☐ Recibir una factura

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o del RRB.

Recibo beneficios mensuales de ☐ Seguro Social ☐ RRB

*(La deducción del Seguro Social/RRB, puede tardar dos o más meses para comenzar después que el Seguro Social o el RRB (sigla en inglés) apruebe la deducción. Si el Seguro Social o el RRB (sigla en inglés) aceptan su pedido de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios del Seguro Social o del RRB (sigla en inglés) incluirá todas las primas que se deban desde la fecha de vigencia hasta el momento de comenzar la deducción. Si el Seguro Social o el RRB (sigla en inglés) no aprueban su petición de deducción automática, nosotros le enviaremos una factura para sus primas.*

**POR FAVOR LEER Y CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS IMPORTANTES**

1. ¿Tiene enfermedad renal terminal (ESRD sigla en)?

☐ Si ☐ No

Si usted ha tenido un trasplante de riñón con éxito y/o no necesita más diálisis regular, por favor adhiera una nota o registros de su doctor que muestre que usted ha tenido un trasplante de riñón satisfactorio o que no necesita diálisis, en caso contrario puede que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos incluyendo otro Seguro privado. TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios VA (sigla en inglés) o programas de asistencia farmacéutica estatal.

¿Tiene usted otra cobertura de medicamentos recetados además de Doctors HealthCare Plans, Inc.?

☐ Si ☐ No

Si respondió "Si," por favor enumere la otra cobertura y el número de identificación de dicha cobertura:

Nombre de la otra cobertura: # de ID para esta cobertura: # de grupo para esta cobertura:

.....

3. ¿Es usted un residente de un centro de atención a largo plazo como un hogar de ancianos?

☐ Si ☐ No

Si respondió "Si," por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la Institución: Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle):

.....

4. ¿Está usted inscrito en su programa estatal de Medicaid?

☐ Si ☐ No

Si respondió "Si," por favor proporcione su número de Medicaid .....

5. ¿Usted o su conyugue trabaja?

☐ Si ☐ No

6. ¿Si usted se está inscribiendo en el DrCare Plan, tiene usted insuficiencia cardiaca crónica?

☐ Si ☐ No

7. ¿Si usted se está inscribiendo en el DrExtra Plan tiene usted diabetes mellitus?

☐ Si ☐ No

**POR FAVOR SELECCIONE EL NOMBRE DE UN MÉDICO DE CABECERA (PCP SIGLAS EN INGLÉS)**

Nombre del médico de cabecera (PCP)

Numero de ID del médico de cabecera (PCP)

.....

Por favor marque una de las siguientes Casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma distinto al inglés o en un formato accesible.

☐ Inglés ☐ Letra grande

Por favor comuníquese con Doctors HealthCare Plans, Inc., al (833) 342-7463 si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto al anteriormente citado. El horario de nuestros servicios al afiliado son 7 días a la semana de 8AM a 8PM, tiempo del este, los usuarios de TTY deben llamar al 711.



## POR FAVOR LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o de un sindicato al unirse a Doctors HealthCare Plans, Inc. Podría afectar los beneficios de salud que tiene con el empleador o sindicato. Pudiese perder la cobertura de salud que tiene con su empleador o sindicato si se une a Doctors HealthCare Plans, Inc.** Lea las Comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite la página web de su empleador o sindicato o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no encuentra información de quien contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas acerca de su cobertura pueden ayudarle.

## POR FAVOR LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

### **Al completar esta aplicación de enrolamiento, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

Doctors HealthCare Plans, Inc. es un plan de atención médica coordinada por un contrato con Medicare y con Medicaid con la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud del estado de la Florida para proveer o coordinar los beneficios proporcionados a los afiliados. El enrolamiento en Doctors HealthCare Plans, Inc. depende de la reanudación del contrato.

Doctors HealthCare Plans, Inc. es un plan de Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. Necesito mantener mis Partes A y B de Medicare. Solo puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi enrolamiento en este plan automáticamente terminará mi enrolamiento en otro plan de salud de Medicare o plan de cobertura de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad de informarle de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda conseguir en el futuro. El enrolamiento en este plan es generalmente por todo el año. Una vez enrolado, puedo salirme de este plan o hacer cambios solamente en ciertos tiempos del año cuando el periodo de enrolamiento esté disponible. (Ejemplo: octubre 15 – diciembre 7 de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Doctors HealthCare Plans, Inc. atiende un área específica de servicios. Si me mudo fuera del área en donde Doctors HealthCare Plans, Inc. atiende, necesito notificar al plan para así poderme desafiliar y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea afiliado a Doctors HealthCare Plans, Inc., Tengo el derecho de apelar las decisiones del plan acerca de los pagos o servicios si estoy en desacuerdo. Leeré el documento de evidencia de cobertura de Doctors HealthCare Plans, Inc. para conocer cuáles son las reglas que debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare, no están usualmente cubiertas mientras se encuentran fuera del país a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en la que empieza la cobertura de Doctors HealthCare Plans, Inc. debo obtener todo mi cuidado de salud de Doctors HealthCare Plans, Inc., excepto para los servicios de emergencias o servicios necesitados con urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Doctors HealthCare Plans, Inc. y otros servicios que aparecen en el documento de evidencia de cobertura (también conocido como el contrato del afiliado o el acuerdo del suscriptor) serán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE TAMPOCO DOCTORS HEALTHCARE PLANS, INC. PAGARAN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, agente o persona empleada por o contratada por Doctors HealthCare Plans, Inc., el/ella pueden ser pagados en base a mi enrolamiento en Doctors HealthCare Plans, Inc.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, Admito que Doctors HealthCare Plans, Inc. entregará información a Medicare y otros planes de ser necesario para el tratamiento de mi salud, pagos y otros. También acepto que Doctors HealthCare Plans, Inc. entregará información incluyendo mis datos sobre medicamentos recetados a Medicare, quien podrá divulgarlos con fines de investigación y otros propósitos que cumplan todas las leyes y regulaciones federales y estatales. La información en este formulario de enrolamiento es correcta según mi saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, seré desafiliado del plan.

Entiendo que con mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado donde vivo) en esta aplicación, significa que he leído y entendido el contenido de esta. Si es firmada por una persona autorizada bajo la ley del estado (descrita arriba), esta firma certifica que 1) dicha persona está autorizada bajo la ley del estado para completar este enrolamiento y 2) la documentación de esta autorización está disponible cuando sea requerida por Medicare.

Por favor lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla que aplique a usted. Al marcar cualquiera de las casillas usted está certificando que, a su saber y entender usted es elegible para un periodo de enrolamiento. Si más adelante nosotros determinamos que esta información es incorrecta, usted puede ser desafiliado.

CODIGO	DECLARACIONES DE PERIODO DE ENROLAMIENTO
<input type="checkbox"/> IEP/ICEP (Parte B)	Soy nuevo en Medicare.
<input type="checkbox"/> AEP	Periodo anual de inscripción
<input type="checkbox"/> MAOEP	Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el periodo de inscripción de Medicare Advantage (MA OEP sigla en inglés).
<input type="checkbox"/> MOV	Recientemente me mude fuera del área de servicio de mi actual plan o recientemente me mude y este plan es una opción nueva para mi o regrese recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos o fui recientemente puesto en libertad, Sali el _____ (Insertar la fecha).
<input type="checkbox"/> LAWV	Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Conseguí esta presencia legal el _____ (Insertar la fecha).
<input type="checkbox"/> SEPU	Tuve recientemente un cambio en mi Medicaid (apenas comienzo en Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el _____ (Insertar la fecha).
<input type="checkbox"/> LISU	Recientemente tuve un cambio en la ayuda extra para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (apenas comienzo a recibir ayuda extra, tuve un cambio en el nivel de ayuda extra, o perdí la ayuda extra) el _____ (Insertar la fecha).
<input type="checkbox"/> SEPL	Tengo ambos, Medicare y Medicaid o mi estado ayuda a pagar por las primas de mi Medicare. o recibo ayuda extra para pagar por la cobertura de los medicamentos recetados, pero no he tenido un cambio.
<input type="checkbox"/> LTCT	Me estoy mudando a, vivo en o recientemente me mudé para un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré para/Salí del centro de atención el _____ (Insertar la fecha).
<input type="checkbox"/> PACS	Recientemente dejé un programa de PACE (sigla en inglés) el _____ (Insertar la fecha).
<input type="checkbox"/> INVS	De manera involuntaria recientemente perdí una cobertura respetable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como Medicare) perdí mi cobertura de medicamentos el _____ (Insertar la fecha).
<input type="checkbox"/> LECW	Dejaré la cobertura de mi empleador o del sindicato el _____ (Insertar la fecha).
<input type="checkbox"/> SPA	Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica suministrado por mi estado.
<input type="checkbox"/> LCCS	Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando el contrato con mi plan.
<input type="checkbox"/> SNPS	Estaba enrolado en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero escoger un plan distinto. El enrolamiento en ese plan comenzó _____ (Insertar la fecha).
<input type="checkbox"/> SEPS	Estaba enrolado en el plan de necesidades especiales (SNP siglas en inglés) pero perdí los requisitos requeridos y ya no califico para estar en el plan. Fui desafiliado del SNP (sigla en inglés) el _____ (Insertar la fecha y por favor explique).
<input type="checkbox"/> S-OTH	Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o por un desastre mayor (declarado por la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA sigla en inglés). Una de las declaraciones aplicaba para mí, pero me fue imposible hacer mi enrolamiento debido al desastre natural.
<input type="checkbox"/> OTH	Ninguna de estas declaraciones se aplica a mi situación; sin embargo, creo que soy elegible debido a una circunstancia especial la cual permitiría una excepción para el enrolamiento: (sujeta a aprobación) _____ por favor explique*.

\* Por lo general, usted puede enrolarse en un plan de Medicare Advantage solamente durante el periodo anual de enrolamiento que va de octubre 15 hasta diciembre 7 de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle enrolarse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo.

He revisado y recibido una copia del sumario de beneficios y el formulario de enrolamiento.

**PARA SER COMPLETADO**

Firma del aplicante ..... Fecha de hoy. ....

Firma de testigo (si es el caso) ..... Fecha de hoy. ....

Si es usted el representante autorizado o testigo, debe firmar y suministrar la siguiente información:

Nombre (Letra de imprenta) ..... Dirección .....

Número de teléfono ( ..... ) ..... Relación con el aplicante .....

Dirección .....

*Por favor, tenga en cuenta que una documentación legal valida de esta autoridad es requerida para tomar decisiones sobre los cuidados de salud o preguntas concernientes al aplicante.*

**PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE DE VENTAS AUTORIZADO DE DOCTORS HEALTHCARE PLANS, INC**

Nombre del agente de ventas  
(Letra de imprenta si asistio en el solicitud.) ..... Fecha de hoy. ....

Firma del agente de ventas .....

Número del agente de ventas de Doctor HealthCare Plans, Inc. ....

Agencia afiliada. ....

**AGENTE DE VENTAS, POR FAVOR UTILICE UNO DE LOS SIGUIENTES CODIGOS PARA EL TIPO DE CITA**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>F2F</b> Cara a Cara <b>(sigla en inglés)</b>           | <input type="checkbox"/> <b>SEM</b> Seminario                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>TEL</b> Venta por teléfono <b>(sigla en inglés)</b>    | <input type="checkbox"/> <b>WI</b> Sin cita previa <b>(sigla en inglés)</b>        |
| <input type="checkbox"/> <b>INH</b> Cita en la residencia <b>(sigla en inglés)</b> | <input type="checkbox"/> <b>MO</b> Correo, explicar ..... <b>(sigla en inglés)</b> |

Doctors HealthCare Plans, Inc. es un HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Doctors HealthCare Plans, Inc., depende de la reanudación del contrato.



## LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Doctors HealthCare Plans, Inc., no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen, edad, discapacidad o sexo.

Doctors HealthCare Plans, Inc. proporciona: (1) ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo, intérpretes de lengua de signos calificados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); (2) servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo, intérpretes calificados, información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si cree que Doctors HealthCare Plans, Inc. no proporcionó estos servicios o no discriminó de ninguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con: **Doctors HealthCare Plans, Inc., Attention: Member Services Department**, 2020 Ponce de Leon Blvd., PH 1, Coral Gables, FL 33134 o teléfonos: (786) 460-3427 o (833) 342-7463, TTY:711; fax: (786) 578-0283, 7 días a la semana de 8AM a 8PM EST.

Puede presentar una queja en persona, por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestros representantes de Servicios al Asociado están disponibles para ayudarlo al número que se menciona arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles electrónicamente a través de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, 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: **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; (800) 368-1019 o (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## SERVICIO DE INTÉRPRETE MULTI-IDIOMAS

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (786) 460-3427 o (833) 342-7463 (TTY:711). **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 Call (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Français (French):** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Deutsch (German):** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **ગુજરાતી (Gujarati):** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Kreyòl Ayisyen (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pouou. Rele (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Italiano (Italian):** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **બેંગલોર (Bengali):** (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Polski (Polish):** UWAGAM: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Português (Portuguese):** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **ภาษาไทย (Thai):** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY: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 (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **Diné Bizaad (Navajo):** ANOMPA PA PISAH: [Chahta] makilla ish anompoli hokma, kvna hosh Nahollo Anompa ya pipilla hosh chi tosholahinla. Atok, hattak yvmm, im anompoli chi bvnnakmvt, holhtina pa payah: (786) 460-3427 or (833) 342-7463 (TTY:711). **العربية (Arabic):**

تنبيه: إذا لم تكن تتحدث الإنجليزية، نوفر خدمات المساعدة اللغوية مجاناً من أجلك. اتصل بالرقم 786-460-3427 أو 833-342-7463 (هاتف نصي: 711)