



Suroeste, Noroeste, Noreste, Centro de Pennsylvania

Highmark Wholecare Medicare Assured (HMO SNP)

Resumen de Beneficios

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Para inscribirse en los siguientes planes, debe vivir en uno de estos condados:

Adams, Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Cumberland, Dauphin, Elk, Erie, Fayette, Forest, Franklin, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Lycoming, McKean, Mercer, Mifflin, Monroe, Montour, Northampton, Perry, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, Wyoming, York

Este resumen de beneficios no enumera todos los servicios, limitaciones o circunstancias especiales.

Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en los directorios de proveedores).

Visítenos en **highmark.com/wholecare/medicare** para obtener más información sobre beneficios, incluido:

- **Evidencia de Cobertura** (*lista completa de beneficios*)
- **Directorios de Proveedores y Farmacias**
- **Formulario** (*lista completa de medicamentos recetados de la Parte D*)

Si necesita copias impresas, llámenos al **1-800-685-5209** (TTY 711). Estamos disponibles 1 de octubre – 31 de marzo, 8 a. m. a 8 p. m., 1 de abril – 30 de septiembre, 8 a. m. a 8 p. m., lunes – viernes.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual actual “Medicare y Usted”. Consúltelo en línea en **[medicare.gov](https://www.medicare.gov)** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY 1-877-486-2048.

	Highmark Wholecare Medicare Assured Diamond (HMO SNP)	Highmark Wholecare Medicare Assured Ruby (HMO SNP)
Prima	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Máximo de gastos de bolsillo	\$9,250	\$8,000
Hospitalización*	\$0 copago por admisión IN	Días 1 a 6: \$275 copago por día y por admisión para los días del 7 al 90: \$0 copago por admisión IN
Cobertura de servicios hospitalarios ambulatorios*	ASC ¹ : 0% coseguro Centro: 0% coseguro	ASC ¹ : 0% coseguro Centro: 0% coseguro
Visita al consultorio médico	PCP: \$0 copago Especialista: \$0 copago	PCP: \$0 copago Especialista: \$30 copago
Exámenes preventivos	Cubierto en su totalidad	Cubierto en su totalidad
Sala de emergencia	\$0 copago	\$115 copago
Servicios requeridos urgentemente	\$0 copago	\$25 copago
Laboratorio* y pruebas de diagnóstico*	Consultorio/Laboratorio: \$0 coseguro; Paciente ambulatorio: \$0	Consultorio/Laboratorio: \$5 coseguro; Paciente ambulatorio: \$5
Radiografías*/ Diagnóstico por imágenes avanzadas*	Radiografía: \$0 copago Imágenes avanzadas: \$0 copago	Radiografía: \$20 copago Imágenes avanzadas: 10% coseguro
Servicios auditivos	Cubierto por Medicare: \$0 copago. Rutina: \$0 copago (1 por año). TruHearing Advanced: \$0 copago (2 audífonos cada 3 años)	Cubierto por Medicare: \$30 copago. Rutina: \$0 copago (1 por año). TruHearing Advanced: \$0 copago (2 audífonos cada 3 años)
Servicios dentales	Cubierto por Medicare: \$0 copago.* Visita de rutina al consultorio: \$0 copago (1 cada seis meses). Radiografías de rutina: \$0 copago (1 cada seis meses). Integral/Preventivo: 0% coseguro con un máximo de \$6,500 (por año). Consulte la EOC para obtener todos los beneficios.	Cubierto por Medicare: \$30 copago.* Visita de rutina al consultorio: \$0 copago (1 cada seis meses). Radiografías de rutina: \$0 copago (1 cada seis meses). Integral: 0% copago con un máximo de \$2,000 (por año). Consulte la EOC para obtener todos los beneficios.
Servicios para la vista	Cubierto por Medicare: \$0 coseguro. Visita de rutina al consultorio: \$0 copago por un examen de la vista de rutina por año calendario. Asignación de \$600 para la compra de marcos para anteojos/lentes o lentes de contacto. \$0 copago para lentes estándar. \$0 copago para mejoras limitadas de lentes. Se aplican restricciones del plan.	Cubierto por Medicare: \$0-30 coseguro. Visita de rutina al consultorio: \$0 copago por un examen de la vista de rutina por año calendario. Asignación de \$150 para la compra de marcos para anteojos/lentes o lentes de contacto. \$0 copago para lentes estándar.
Servicios de salud mental	Paciente internado: \$0 copago por admisión*; Paciente ambulatorio: \$0 copago	Paciente internado: Días 1 a 6: \$275 copago por día y por admisión para los días del 7 al 90: \$0 copago por admisión*; Paciente ambulatorio: \$10 copago
Centro de enfermería especializada*	\$0 copago/día (días 1-20), \$0 copago/día (días 21-100)	\$0 copago/día (días 1-20), Máximo de CMS copago/día (días 21-100)
Fisioterapia*	\$0 copago	\$25 copago
Ambulancia (por viaje de ida)*	Emergencia/No emergencia: \$0 copago	Emergencia/No emergencia: \$250 copago
Transporte	Usted paga \$0 copago. Hasta 24 viajes de ida relacionados con la salud de hasta 60 millas de radio.	No cubierto

	Highmark Wholecare Medicare Assured Diamond (HMO SNP)	Highmark Wholecare Medicare Assured Ruby (HMO SNP)
Medicamentos de Medicare Parte B [†]	\$35 por la insulina de Medicare Parte B. 20% coseguro. Como está inscrito en un plan DSNP (Medicare) y Medicaid, su cobertura secundaria, Medicaid, cubre el 20% coseguro. Proporcionar a su farmacia los números de identificación de Medicare y Medicaid le ayudará a garantizar los costos de bolsillo más bajos.	\$35 por la insulina de Medicare Parte B. 20% coseguro del costo total de quimioterapia y otros medicamentos recetados de Medicare Parte B.
OTC	Incluido en la asignación de Flex Card	Incluido en la asignación de Flex Card
Flex Card	El miembro de SSBCI recibe una asignación combinada de \$300 por mes para artículos de venta libre (OTC), seguridad en el hogar/baño, alimentos (SSBCI), servicios públicos (SSBCI) y gasolina de pago en el surtidor (SSBCI). Los miembros pueden usar la asignación de \$300 por mes para pagar gastos de servicios públicos aprobados por el plan o para comprar alimentos saludables o artículos de venta libre (OTC) en ubicaciones minoristas seleccionadas, en línea o por catálogo; o artículos de seguridad para el hogar/baño por catálogo en línea. La gasolina de pago en el surtidor requiere un saldo de tarjeta de al menos \$50 y se realizará una retención en la tarjeta hasta que se liquide el pago. Los miembros no pueden pagar la gasolina dentro de una tienda. Las asignaciones que no se utilicen vencen a fin de mes. Se aplican tarifas y restricciones del plan. Los no miembros de SSBCI reciben una asignación combinada de \$100 por mes para artículos de venta libre (OTC) y la seguridad en el hogar/baño. Los miembros pueden usar la asignación de \$100 por mes para pagar gastos aprobados por el plan para artículos de venta libre (OTC) en tiendas minoristas seleccionadas, en línea o por catálogo; o artículos de seguridad para el hogar/baño por catálogo en línea. Las asignaciones que no se utilicen vencen a fin de mes. Se aplican tarifas y restricciones del plan.	El miembro de SSBCI recibe una asignación combinada de \$165 por trimestre para artículos de venta libre (OTC), seguridad en el hogar/baño, alimentos (SSBCI), servicios públicos (SSBCI) y gasolina de pago en el surtidor (SSBCI). Los miembros pueden usar la asignación de \$165 por trimestre para pagar gastos de servicios públicos aprobados por el plan o para comprar alimentos saludables o artículos de venta libre (OTC) en ubicaciones minoristas seleccionadas, en línea o por catálogo; o artículos de seguridad para el hogar/baño por catálogo en línea. La gasolina de pago en el surtidor requiere un saldo de tarjeta de al menos \$50 y se realizará una retención en la tarjeta hasta que se liquide el pago. Los miembros no pueden pagar la gasolina dentro de una tienda. Las asignaciones que no se utilicen vencen a fin de mes. Se aplican tarifas y restricciones del plan. Los no miembros de SSBCI reciben una asignación combinada de \$45 por trimestre para artículos de venta libre (OTC) y la seguridad en el hogar/baño. Los miembros pueden usar la asignación de \$45 por trimestre para pagar gastos aprobados por el plan para artículos de venta libre (OTC) en tiendas minoristas seleccionadas, en línea o por catálogo; o artículos de seguridad para el hogar/baño por catálogo en línea. Las asignaciones que no se utilicen vencen a fin de mes. Se aplican tarifas y restricciones del plan.
Equipo médico duradero*	0% copago	10% coseguro para suministros, calzado y plantillas para diabéticos. 20% coseguro para todos los demás DME.
Requisitos de elegibilidad	• Debe tener las Partes A y B de Medicare • Debe estar inscrito en uno de los siguientes Programas de Ahorro de Medicare que ofrece Medicaid para personas con recursos e ingresos limitados: FDBE, QMB+, SLMB+ o QMB • Debe vivir dentro de nuestra área de servicio	• Debe tener las Partes A y B de Medicare • Debe estar inscrito en uno de los siguientes Programas de Ahorro de Medicare que ofrece Medicaid para personas con recursos e ingresos limitados: QMB, SLMB o QI • Debe vivir dentro de nuestra área de servicio
Formulario	Cubierto	Cubierto

DEFINICIONES DE LOS PROGRAMAS DE AHORRO DE MEDICARE:

(FBDE) Personas con doble elegibilidad con beneficios completos: Una persona tiene necesidades médicas o se encuentra en ciertos niveles de ingresos especiales para personas institucionalizadas o con exenciones en el hogar y la comunidad.

(QMB+) Beneficiario calificado de Medicare Plus: Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Las personas con QMB+ también tienen “beneficios completos de Medicaid”.

(QMB) Beneficiario calificado de Medicare: Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Medicare Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).

(SLMB+) Beneficiario específico con bajos ingresos de Medicare Plus: Ayuda a pagar la prima de la Parte B, así como todos los “beneficios completos de Medicaid”.

(SLMB) Beneficiario específico con bajos ingresos de Medicare: Ayuda a pagar la prima de la Parte B.

(QI) Persona que califica: Ayuda a pagar la prima de la Parte B, pero está limitada por orden de llegada.

*Indica un servicio que requiere autorización previa.

**Indica un servicio que requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia.

ASC¹=Centro de Cirugía Ambulatoria

[†]Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 por un suministro de insulina para un mes.

Highmark Wholecare Medicare Assured Diamond (HMO SNP)	
MEDICAMENTO	Deducible
	\$615 Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional [Extra Help]), usted no paga un deducible.
	Cobertura inicial
	Usted pagará sus copagos asignados de LIS por medicamentos genéricos y de marca. - Nivel 3 de LIS (atención institucionalizada/en el hogar): \$0 copagos medicamentos genéricos y medicamentos de marca - Nivel 2 de LIS (no institucionalizado): \$1.60 medicamentos genéricos/\$4.90 medicamentos de marca - Nivel 3 de LIS (Otra opción): \$5.10 medicamentos genéricos/\$12.65 medicamentos de marca
	Cobertura catastrófica
	Una vez que sus gastos de bolsillo anuales acumulados para los medicamentos cubiertos (medicamentos de la Parte D) alcancen los \$2,100 , entrará en la Etapa de cobertura catastrófica. En esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.

Highmark Wholecare Medicare Assured Ruby (HMO SNP)	
MEDICAMENTO	Deducible
	\$615 Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional [Extra Help]), usted no paga un deducible.
	Cobertura inicial
	Usted pagará sus copagos asignados de LIS por medicamentos genéricos y de marca. - Nivel 3 de LIS (atención institucionalizada/en el hogar): \$0 copagos medicamentos genéricos y medicamentos de marca - Nivel 2 de LIS (no institucionalizado): \$1.60 medicamentos genéricos/\$4.90 medicamentos de marca - Nivel 3 de LIS (Otra opción): \$5.10 medicamentos genéricos/\$12.65 medicamentos de marca
	Cobertura catastrófica
	Una vez que sus gastos de bolsillo anuales acumulados para los medicamentos cubiertos (medicamentos de la Parte D) alcancen los \$2,100 , entrará en la Etapa de cobertura catastrófica. En esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-428-3929 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes para obtener más información.

TruHearing® es una marca registrada de TruHearing, Inc. TruHearing es una empresa independiente que administra el examen de audición de rutina y el beneficio de audífonos.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista estándar.



Gateway Health Plan, Inc. que opera bajo el nombre de Highmark Wholecare es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association. Highmark Wholecare ofrece planes HMO con un contrato con Medicare.

La inscripción a estos planes depende de la renovación del contrato.

Pennsylvania

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Del 1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

Los beneficios adjuntos están cubiertos por Medicaid. Su plan de Medicare paga sus servicios primero y luego lo hace Medicaid. Si un beneficio se agota o no está cubierto por Medicare, Medicaid puede proporcionar cobertura.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y a qué beneficios tiene derecho, llame al Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania al **1-800-692-7462** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-451-5886**), o visite su sitio web en **www.dhs.pa.gov**.

Beneficios	Lo que paga en virtud de Medicaid
Cobertura en hospital para pacientes internados	Copago de \$3 por día hasta \$21 por admisión: incluye hospitales en general, hospitales de rehabilitación, hospitales por abuso de drogas y alcohol, y hospitales psiquiátricos privados
Visitas al médico (atención primaria y especialistas)	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid: médico (doctor en medicina), enfermero practicante registrado y certificado, y clínica de salud rural
Atención de emergencia	Copago de \$0 por servicios de emergencia
Servicios de atención de urgencia	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes	Copago de \$0 (laboratorio); copago de \$1 (radiografía portátil) Copago de \$1 por cada radiografía o \$0 por otros exámenes médicos de diagnóstico o por tratamiento por medicina nuclear o radioterapia
Servicios odontológicos	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid • Procedimientos odontológicos de diagnóstico, preventivos, de restauración, quirúrgicos, prostodoncia y sedación • Limitaciones principales: Dentaduras postizas: una de por vida; exámenes/profilaxis: uno cada 180 días; coronas, periodoncia y endodoncia: solo a través de una excepción aprobada del límite de beneficios
Servicios oftalmológicos	Menores de 21 años: Wholecare cubre todos los servicios oftalmológicos médicamente necesarios de proveedores dentro de la red. Mayores de 21 años: copago de \$0 a \$3.80 para servicios cubiertos por Medicaid • Optometrista (Médico oculista) • Dos exámenes por año calendario • Los lentes de anteojos, marcos y lentes de contacto están limitados a personas con afaquia; cuatro lentes de anteojos por año calendario; dos marcos de anteojos por año calendario; y cuatro lentes de contacto por año calendario
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid Centros de enfermería
Ambulancia (emergencias)	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid
Transporte	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid Comuníquese con el Programa de Transporte de Asistencia Médica (Medical Assistance MATP) para obtener información
Cuidado de los pies	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid
Equipos médicos y suministros	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de podología	\$0
Servicios de planificación familiar	\$0
Atención de maternidad	\$0
Tratamiento para dejar de fumar	\$0

Beneficios	Lo que paga en virtud de Medicaid
Medicamentos recetados	Copago de \$1 a \$3 por servicios cubiertos por Medicaid • \$1 por cada receta o reabastecimiento de un medicamento genérico • \$3 por cada receta o reabastecimiento de un medicamento de marca • Complementos nutricionales
Cirugía para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC) y cirugía en el mismo día (Same Day Surgery, SPU); clínica médica/quirúrgica independiente
Atención quiropráctica	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios médicos por abuso de drogas y alcohol	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid • Incluye mantenimiento con metadona y clozapina • Para obtener más información, consulte a su organización de atención médica gestionada para la salud conductual
Clínica psiquiátrica	Copago de \$0.50 por unidad por servicios cubiertos por Medicaid • Incluye tratamiento móvil de salud mental • Para obtener más información, consulte a su organización de atención médica gestionada para la salud conductual
Centro de hospitalización psiquiátrica parcial	Copago de \$0 por unidad por servicios cubiertos por Medicaid Para obtener más información, consulte a su organización de atención médica gestionada para la salud conductual
Rehabilitación psiquiátrica	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid Para obtener más información, consulte a su organización de atención médica gestionada para la salud conductual
Centro de salud federalmente calificado/ Centro de salud rural	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de salud en el hogar	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid Incluye servicios de enfermería, asistencia y terapia. Ilimitado para los primeros 28 días; limitado a 15 días cada mes a partir de entonces.
Atención de hospicio	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid La atención de relevo no puede exceder un total de cinco días en un período de certificación de 60 días
Centro de enfermería a largo plazo	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid Para obtener servicios de centros de enfermería a largo plazo o exención de servicios en el hogar o la comunidad, las personas deben cumplir con criterios médicos para ser considerados elegibles para atención en centros de enfermería elegibles clínicamente (Nursing Facility Clinically Eligible, NFCE)
Exención de servicios en el hogar o la comunidad	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid Para obtener más información, contacte a la organización de atención médica gestionada de Community HealthChoices o a la Oficina de Vida a Largo Plazo
Diálisis renal	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid Centro de diálisis renal; la capacitación inicial para la diálisis en el hogar está limitada a 24 sesiones por paciente por año calendario. Las visitas de respaldo al centro están limitadas a 75 por año calendario.
Terapia (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla)	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid Solo cuando los servicios son proporcionados por un hospital, clínica para pacientes ambulatorios o proveedor de atención médica domiciliaria
Dispositivos protésicos y ortopédicos	Copago de \$0 a \$3.80 por servicios cubiertos por Medicaid El calzado ortopédico y los audífonos no están cubiertos. La cobertura para corregir la visión deficiente está limitada a una cada dos años calendario. La cobertura visual está limitada a una por año calendario.

Highmark Wholecare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Highmark Wholecare no excluye a las personas ni les trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Highmark Wholecare brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con dificultades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Highmark Wholecare brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 1-800-685-5209 (TTY: 711), de 8 a.m. – 8 p. m., los siete días de la semana, 1 hasta el 31 de marzo. Del 1 de abril al de septiembre 30, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Si considera que Highmark Wholecare no ha cumplido en brindar estos servicios o ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una reclamación a:

Highmark Wholecare
Attn: Grievances Department
P.O. Box 890034
Camp Hill, PA 17089
1-800-207-0336 (TTY: 711)
Fax: 1-412-255-4503

Puede presentar una reclamación en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, Highmark Wholecare y la Oficina de Igualdad de Oportunidades (Bureau of Equal Opportunity) están a su disposición.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos a través del portal de reclamación de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [OCRPortal.hhs.gov](https://ocrportal.hhs.gov), o por correo postal, teléfono o correo electrónico a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
HHH Building Room 509F
Washington, DC 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
OCRMail@hhs.gov

Los formularios de reclamaciones están disponibles en hwc.fyi/complaint-form.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de traducción e interpretación de idiomas. También hay disponibles ayudas y servicios auxiliares adecuados (como letra grande, audio y Braille) para proporcionar información en formatos accesibles sin cargo. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711) si necesita ayuda.

ATTENTION: If you speak English, free language translation and interpretation services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services (such as large print, audio, and Braille) to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711) for help.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungs- und Dolmetscherdienste zur Verfügung. Außerdem sind kostenlos entsprechende Hilfsmittel und Dienstleistungen (wie Großdruck, Audio und Blindenschrift) zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten erhältlich. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis tradiksyon ak entèpretasyon aladispozisyon w gratis nan lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye (tèlke gwo lèt, odyo, Braille) pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo ki sou do Kat ID w lan (TTY: 711) pou jwenn èd.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском языке, Вам доступны бесплатные услуги перевода на другой язык. Также предоставляется дополнительная бесплатная помощь и услуги отображения информации в доступных форматах (например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи). Для получения помощи позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты (TTY: 711).

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili servizi gratuiti di traduzione e interpretariato. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati supporti e servizi ausiliari (ad esempio caratteri grandi, audio e Braille) per fornire informazioni in formati accessibili. Per assistenza, chiami il numero riportato sul retro della Sua tessera di identificazione (TTY: 711).

ATTENTION : si vous parlez français, des services de traduction et d'interprétation gratuits sont à votre disposition. Vous pouvez aussi bénéficier gratuitement de l'accès à des outils et services auxiliaires appropriés (affichage en gros caractères, audio et le braille) dans des formats accessibles. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d'identification (TTY : 711) pour obtenir de l'aide.

ÀKÍYÈSÌ: Tí o bá nsọ èdè Yorùbá, àwọn iṣẹ́ itumọ́ ati ògbufọ́ èdè wà ní àrọwọ́tọ́ lófẹ́fẹ́ fún ọ. Àwọn iṣẹ́ itọ́jú ati irànlọ́wọ́ tó yẹ (bíi titẹwé nla, gbígbo ohùn, ati iwé afọ́jú) lati pèsè iwifúnni ní àwọn ọ̀nà irááyè si wà pẹ̀lu lófẹ́fẹ́. Pẹ̀ nọmba tó wà lẹhin kaádí idánimọ́ rẹ́ (TTY: 711) fún irànlọ́wọ́.

אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, קענט איר באקומען שפראך איבערזעצונג און דאלמעטשונג סערוויסעס פריי פון אפצאל. געהעריגע הילפסמיטלען און סערוויסעס (אזווייז גרויסע דרוק, אודיא און ברעיל) צו צושטעלן אינפארמאציע אין צוגענגליכע פארמאטן זענען אויך דא צו באקומען פריי פון אפצאל. רופט דעם נומער אויף די אנדערע זייט פון אייער אידענטיטעט קארטל (TTY: 711) פאר הילף.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستوفر لك خدمات الترجمة التحريرية والترجمة الفورية مجانًا. تتوفر أيضًا الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة (مثل الطباعة الكبيرة، والوسائل الصوتية، وطريقة برايل) لتقديم المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها من دون أي تكلفة. اتصل على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك (TTY: 711) للحصول على المساعدة.

注意：如果您说中文，我们将为您提供免费的语言翻译和口译服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务（如大字体、音频和盲文），以便您获取无障碍格式的信息。如需帮助，请拨打您的 ID 卡背面的号码（听障人士专用号码：711）。

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ, તો તમારા માટે નિ:શુલ્ક ભાષા અનુવાદ અને ઇન્ટરપ્રિટેશન સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સાધનસામગ્રી અને સેવાઓ (જેમ કે મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિયો અને બ્રેલ) પણ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. મદદ માટે તમારા આઇડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર (TTY: 711) પર કોલ કરો.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ biên dịch và phiên dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng cung cấp miễn phí các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung thích hợp (như chữ in lớn, tệp âm thanh và chữ nổi) để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711) để được trợ giúp.

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंलाई नि:शुल्क भाषा अनुवाद र दोभासे सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक प्रविधि र सेवाहरू (जस्तै ठूलो प्रिन्ट, अडियो र ब्रेल) पनि नि:शुल्क उपलब्ध छन्। मद्दतको लागि तपाईंको ID कार्डको पछाडिको नम्बरमा कल गर्नुहोस् (TTY: 711)।

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा अनुवाद और व्याख्या संबंधी सेवाएं उपलब्ध हैं। एक्सेस करने योग्य फॉर्मेट में सूचना उपलब्ध कराने के लिए उपयुक्त सहायक सामग्री और सेवाएं (जैसे बड़े प्रिंट, ऑडियो और ब्रेल) भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। सहायता के लिए अपने पहचान कार्ड के पीछे लिखे नंबर (TTY: 711) पर कॉल करें।

주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 번역 및 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공받을 수 있는 적절한 보조 수단 및 서비스(예: 큰 활자, 오디오, 점자)도 무료로 이용할 수 있습니다. 도움이 필요하시면 ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오(TTY: 711).