



Solicitud para una audiencia imparcial del Estado para apelar una determinación de elegibilidad de Covered California

- Si necesita ayuda en otro idioma, o desea este formulario en otro idioma, por favor consulte a la última página de este documento.
- Si usted es ciego o con dificultades de visión y necesita este formulario en otro formato como Braille, o en letra grande o formato electrónico, o si necesita ayuda para completar este formulario, por favor llame al 1-855-795-0634.
- Si le gustaría ayuda legal gratuita, llame a Covered California al 1-800-300-0213 y le pondremos en contacto con su oficina local para asesoramiento legal o con la oficina de derechos de bienestar local.

¿Necesita que su apelación sea acelerada?* _____ → Sí No

* Si usted tiene una necesidad inmediata de los servicios de salud y una demora podría poner en grave peligro su salud, usted puede solicitar una apelación acelerada llamando al 1-855-795-0634.

¿Ha sido dado de baja y le gustaría mantener su cobertura en Covered California?* _____ → Sí No

* Si usted o miembros de su familia fueron dados de baja de Covered California, usted tiene el derecho de mantener su cobertura durante la apelación. Esto se conoce como Inscripción Continua. Puede solicitar Inscripción Continua en cualquier momento durante el proceso de apelación. Para obtener más información vea el formulario de Inscripción Continua en la página 6.

Instrucciones:

Usted tiene derecho a una audiencia si no está de acuerdo con la decisión de elegibilidad de Covered California. Usted puede apelar si piensa que hicimos algún error sobre su elegibilidad o la de los miembros de su familia. Por ejemplo, puede apelar si piensa que determinamos su elegibilidad incorrectamente porque nos equivocamos en sus ingresos, el tamaño de su familia, ciudadanía, estatus de inmigración o residencia. Si más de un miembro de su familia desea apelar, indique sus nombres para saber la determinación(es) de elegibilidad que está apelando.

Para solicitar una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ por sus siglas en inglés) quien revisará la decisión, usted puede llenar este formulario y devolverlo dentro de los 90 días siguientes a la fecha que Covered California le envió por correo la decisión de elegibilidad. Usted puede presentar una apelación mediante este formulario, o escribiendo que usted solicita una apelación, y enviar su apelación por uno de los métodos mencionados abajo, o llamando al 1-855-795-0634 (TTY 1-888-889-4500) o uno de los otros números telefónicos de otros idiomas en el reverso de este formulario.

Puede devolver el formulario en una de estas formas indicadas:

1. Por **fax** a la División de Audiencias del Estado al:
916-651-2789
2. Envíe por **correo** su apelación a:
CA Department of Social Services
Attn: ACA Bureau
P.O. Box 944243
Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
3. Usted puede **llamar** a la División de Audiencias del Estado y enviar su apelación por teléfono al: 1-855-795-0634
4. Puede enviar su apelación por **correo electrónico** a:
SHDACABureau@DSS.CA.gov (por favor no enviar por correo electrónico información privada tal como su número de Seguro Social)
5. Lleve su apelación **en persona** al Departamento de Bienestar del Condado (llame a Covered California y nosotros lo referiremos a su oficina local).
6. Si necesita ayuda, llame a Covered California al 1-800-300-0213, (TTY: 1-888-889-4500), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 6 p.m. La llamada es gratis.

Si utiliza este formulario para apelar, la fecha del matasellos en el sobre, o la fecha que recibimos su fax o correo electrónico, se considerará la fecha que presentó su apelación. Si usted tiene una buena razón para la presentación tardía, usted podrá presentar su apelación después de la fecha límite de 90 días. Un juez decidirá si hay una buena razón para una apelación tardía.

Si apela, y estamos de acuerdo con usted, es posible que cambiemos nuestra decisión antes de la audiencia. Si cambiamos nuestra decisión, la elegibilidad de los miembros de su familia también puede cambiar, incluso si no presentan su propia apelación.

Por favor guarde una copia de todos los formularios para sus archivos.

SOLICITANTE #1

(El *Solicitante* es la persona cuya elegibilidad se está apelando. Esta sección debe ser completada por el solicitante o por un padre / tutor / Representante Autorizado del solicitante.)

Nº de Caso:			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Teléfono (con código de área)		
Dirección de Correo Electrónico			
Dirección Postal			Número de Depto. o Suite
Ciudad	Estado	Código Postal	

Indique los nombres de otros miembros de la familia que están solicitando una apelación usando este formulario.

Use papel adicional si hay más personas en su hogar que desean presentar una apelación usando este formulario.

Solicitante #2: _____

Solicitante #3: _____

Solicitante #4: _____

Razones para presentar una apelación

Su aviso de notificación de elegibilidad explica para lo que califica y los programas para los cuales no califica.

Dependiendo de sus resultados de elegibilidad, usted puede apelar cualquiera de las siguientes (marque tantas casillas que desee):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Me negaron la inscripción en un plan de salud de Covered California | <input type="checkbox"/> Covered California indicó que mi solicitud no era completa. |
| <input type="checkbox"/> La cantidad de ayuda con las cuotas (créditos fiscales que ayudan a pagar la cuota mensual) no es correcta o no califico para ayuda financiera. | <input type="checkbox"/> Covered California indicó que no califico para ayuda financiera porque califico para o estoy inscrito/a en otra cobertura de salud (como Medi-Cal o seguro patrocinado por un empleador). |
| <input type="checkbox"/> El nivel de reducción de costos compartidos (ayuda para pagar mis gastos de bolsillo) no es correcto, o no califico para una reducción de costos compartidos. | <input type="checkbox"/> Covered California indicó que no soy residente de California. |
| <input type="checkbox"/> Covered California no procesó mi información o solicitud a tiempo. | <input type="checkbox"/> Mi compañía de seguro de salud terminó mi plan a través de Covered California porque no pagué mis cuotas para la fecha límite. |
| <input type="checkbox"/> Covered California no me proporcionó mi aviso de determinación de elegibilidad a tiempo. | <input type="checkbox"/> Covered California indicó que estoy encarcelado/a. |
| <input type="checkbox"/> Covered California indicó que no soy ciudadano o nacional de los E.E.U.U. o individuo que vive legalmente en los Estados Unidos. | |

Opcional: Díganos más sobre por qué no está de acuerdo con la decisión de Covered California. Puede adjuntar hojas adicionales si necesita más espacio para escribir.

Privacidad y uso de su información. Mantendremos su información privada tal como lo exige la ley. Para obtener más información, lea la Declaración de Ley de Privacidad abajo.

Declaración de Ley de Privacidad

Estamos autorizados para recabar la información en este formulario y cualquier documento de apoyo, incluyendo números del Seguro Social, bajo la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado Médico Asequible (Ley Pública No. 111-148), en su versión modificada por la Ley del Cuidado de la Salud y de Reconciliación de la Educación de 2010 (Ley Pública No. 111-152) y la Ley del Seguro Social.

Necesitamos la información proporcionada por usted y las otras personas indicadas en este formulario para procesar su solicitud de apelación de elegibilidad para: (1) inscribirse en un plan de salud calificado a través de Covered California, (2) para programas de asequibilidad, y (3) para certificaciones de exención del requisito de responsabilidad individual. Como parte de ese proceso, revisaremos toda la información proporcionada en el formulario, verificaremos cualquier información recabada a través del proceso de apelación nos comunicaremos con usted o su Representante Autorizado. También usaremos la información proporcionada como parte de la operación continua de Covered California, incluyendo actividades tales como la verificación de la elegibilidad continua para todos los programas, reporte sobre y manejo de programas de asequibilidad de seguros para individuos elegibles, revisiones y control de calidad, combate al fraude y respuestas a cualquier inquietud sobre la seguridad o confidencialidad de la información. No compartiremos su estatus migratorio para fines de control migratorio.

Ya que el proporciona la información solicitada (incluyendo los números de Seguro Social) es voluntario, el no hacerlo puede retrasar o evitar que obtenga la cobertura de salud a través de Covered California, créditos fiscales anticipados para cuotas, reducciones de costos compartidos o exención del pago por responsabilidad compartida. Si no tiene una exención del pago por responsabilidad compartida y no mantiene una cobertura de salud autorizada por tres meses o más durante el año, podría estar sujeto a una multa. Si no proporciona información correcta en este formulario o suministra información falsa o fraudulenta con su conocimiento o en forma intencional, podría estar sujeto a una multa y otras medidas que dicte la ley.

Para poder verificar y procesar una solicitud de apelación, determinar la elegibilidad y operar Covered California, necesitaremos compartir información seleccionada que recibimos con:

1. Otras agencias federales, (tales como el Servicio de Impuestos Internos, -IRS-, La administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y la entidad de apelaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos, agencias estatales (tales como Medicaid y CHIP) o agencias gubernamentales locales. Es posible que usemos la información que proporciona en los programas de cotejo electrónico con cualquiera de estos grupos para hacer determinaciones de elegibilidad o para verificar la continua elegibilidad para los programas federales de beneficios
2. Entidades Judiciales de revisión a nivel estatal o federal según lo disponga la ley;
3. Solicitantes/Afiliados y representantes autorizados de solicitantes/afiliados;
4. Contratistas del CMS comprometidos a realizar funciones para Covered California; y
5. Cualquier otra persona como lo requiere la ley o es permitido por el Sistema de Aviso de Registros de la Ley de Privacidad asociado con esta recopilación (Sistema de Intercambios de Seguros de Salud de CMS (HIX), Sistema de CMS No. 09-70-0560, en su versión modificada, 78 Registro Federal, 8538, Marzo 6, 2013, y 78 Registro Federal, 32256, Mayo 29, 2013).

Esta declaración provee la notificación requerida por la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a (e)(3)). Puede aprender más sobre cómo manejar su información en: <https://www.coveredca.com/enrollment-assistance/npp.html>.



Formulario de Representante Autorizado (Opcional)

Ayuda para completar esta apelación

Instrucciones: Un "Representante Autorizado" es una persona/organización de confianza que le ayuda con su solicitud o apelar con nosotros, para ver su información y actuar en su nombre en situaciones relacionadas con esta solicitud, (incluyendo la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre). Si desea asignar un Representante Autorizado, complete y firme esta hoja y devuélvala a nosotros. Si alguna vez tiene que cambiar su Representante Autorizado, comuníquese con Covered California. Si desea asignar a su Representante Autorizado por el teléfono, lláme al 1-800-300-0213.

Número de Caso del Solicitante/Miembro

Nombre del Representante Autorizado o Nombre de la Organización

Dirección		Número de Depto. o Suite
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono (con código de área)		Número de ID (si corresponde)
Correo Electrónico		

Solamente para Consejeros Certificados de Inscripción, agentes e intermediarios.

Primer nombre. Segundo nombre, Apellido y Sufijo

Nombre de la Organización (si corresponde)

Número de ID (si corresponde)	Agentes/Intermediarios solamente: número NPN
-------------------------------	--

Permiso para compartir información

Yo, como solicitante/persona inscrita, autorizo a la persona / organización mencionada a actuar en mi nombre con respecto a mi solicitud o apelación con Covered California. Autorizo a Covered California para hablar con esta persona / organización en mi nombre. Entiendo que este permiso para actuar por mí termina en la fecha que Covered California me envía su decisión con respecto a mi solicitud o apelación.

¿Desea que su Representante Autorizado reciba notificaciones en su nombre? Sí No

¿Cuál es el método preferido de comunicación de su representante? E-mail Correo postal

- ✓ He firmado y fechado este formulario.
- ✓ Yo entiendo que Covered California no puede hablar con la persona / organización que he nombrado anteriormente (mi Representante Autorizado), hasta que reciba este formulario firmado de mi parte.

Al firmar, usted permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud, y actúe por usted en todos los asuntos futuros relacionados con esta solicitud hasta el final del proceso de apelación.

Firma del Representante Autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)
------------------------------------	--------------------

Declaración y firma por el Representante Autorizado. *Esto es obligatorio.*

Al firmar, estoy de acuerdo con las siguientes condiciones con el fin de servir como un Representante Autorizado:

- Estoy legalmente obligado a mantener la confidencialidad de toda información relacionada con el solicitante o persona inscrita proporcionada por Covered California;
- Soy responsable por cumplir con todas mis responsabilidades en el ámbito de la representación autorizada de la misma medida que el solicitante o persona inscrita que represento; y
- Cumpliré con todas las leyes estatales y federales aplicables en materia de conflictos de intereses y confidencialidad de la información.

Firma del Representante Autorizado	Fecha (mm/dd/aaaa)
------------------------------------	--------------------

¿Qué pasará después?

1. Usted recibirá la confirmación de su solicitud de apelación y otras instrucciones. Su apelación será revisada por un juez. Si hay un problema con su pedido de apelación, por ejemplo si falta información, le informaremos y le pediremos que nos proporcione o corrija la información dentro de un plazo específico.

2. Revisión de su información Tiene el derecho de revisar la información que se usó para resolver su apelación incluyendo la información en su cuenta electrónica.

3. Presentación de información adicional. Puede presentar información adicional para sustentar su apelación. Cualquier información que presente se revisará junto con la información en su solicitud y que se usó para hacer la determinación de su elegibilidad, Puede presentar información adicional anexándola con este formulario de apelación. Usted tiene el derecho de proporcionar información adicional sobre su caso al juez antes o en el momento de la audiencia.

4. Resolución Informal. Antes de la audiencia de apelación, puede ser que podamos resolver su apelación informalmente, revisando toda su información y conversando con usted. Le enviaremos la decisión de resolución informal de Covered California que le dirá si hemos cambiado nuestra decisión de elegibilidad. Si usted está de acuerdo con esta decisión de resolución informal, le enviaremos un formulario para retirar su apelación que debe firmar y enviar al California Department of Social Services. Si usted no está de acuerdo con la decisión de resolución informal, usted puede continuar el proceso en una audiencia.

5. Audiencia. La audiencia se realizara por teléfono, a menos que prefiera en persona o por videoconferencia (a través de una computadora). Si prefiere tener una audiencia en persona, llame al Department of Social Service's Affordable Care Act Bureau al 1-800-743-8525. Usted tiene el derecho de representarse usted mismo en la audiencia o ser representado por un amigo, pariente, abogado, su Representante Autorizado (si tiene uno) u otra persona.

Tiene el derecho a revisar toda la información que el juez considerará para su apelación, incluyendo cualquier información en su cuenta de Covered California. Covered California le enviará una Declaración de la Posición (SOP) y un paquete de evidencia, dos días hábiles antes de la fecha de la audiencia. Esta información también se puede encontrar en su cuenta en línea, o usted puede ir a su oficina local del Departamento de Bienestar del Condado para solicitarla en persona.

Después de la audiencia, su información será revisada y la decisión final sobre su apelación se le enviará por correo. Si necesita un intérprete o necesita acomodaciones para asistir a su audiencia, por favor póngase en contacto con la División de Audiencias del Estado del CDSS al: 1-855-795-0634, para problemas de audición o del habla al (TTY 1-800- 952-8349). La llamada es gratuita.

Si usted no asiste a su audiencia programada o retira su audiencia antes de la fecha de su audiencia, su apelación será desechada. Usted no podrá tener otra audiencia a menos que pueda demostrar una buena razón (llamada "buena causa") por faltar a su audiencia.

Si desea **posponer** la audiencia, llame al Department of Social Service's Affordable Care Act Bureau al 1-800-743-8525.

6. Audiencia por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS). Si usted no está de acuerdo con la decisión del juez que hizo en su caso en la Audiencia Imparcial del Estado usted tiene el derecho de apelar a la agencia federal llamada Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) dentro de los 30 días siguientes a la decisión de la apelación que usted recibe de CDSS. Usted puede enviar su solicitud para una nueva audiencia directamente al HHS a la siguiente dirección:

Health Insurance Marketplace
465 Industrial Parkway
London, KY 40750-0061

O puede llamar al: HHS, 1-800-318-2596 (TTY 1-855-889-4325). Si desea apelar al HHS y gana su apelación, Covered California y el CDSS tendrán que acatar la decisión que HHS hizo.

7. Inscripción Continua durante su apelación. Es posible conservar su plan de salud de Covered California mientras su apelación se procese si usted está apelando una determinación de elegibilidad hecha por Covered California. Esto se llama "Inscripción Continua". Por favor, complete la página 6 de este formulario de apelación si usted desea solicitar Inscripción Continua. Su apelación debe ser aceptada antes de que podamos aprobar su Inscripción Continua. Le notificaremos si su petición para Inscripción Continua es aprobada.

8. Regulaciones de Apelaciones. Si usted desea leer las Regulaciones de Apelaciones de Covered California visite: <https://www.coveredca.com/hbex/regulations/>



Formulario para Inscripción Continua de Covered California

Instrucciones:

Si usted presentó una apelación de una determinación de elegibilidad con Covered California, usted puede pedir mantener su cobertura mientras se revisa su apelación. Esto se llama Inscripción Continua. Si decide conservar su cobertura, usted debe continuar pagando sus cuotas.

Si su cobertura ha terminado y le gustaría volverse a reinscribir, Covered California lo inscribirá retroactivamente en el plan desde la fecha en que su plan de salud terminó y usted tendrá que pagar sus cuotas para esos meses.

Número de Caso: _____

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de teléfono (con código de área)		
Dirección de correo electrónico			
Calle			Número de Depto. o Suite#
Ciudad	Estado	Código Postal	

Marque uno:

- Me gustaría ser inscrito retroactivamente en mi plan de salud previo de Covered California desde el primer día del mes en que CDSS recibió y aprobó mi apelación. Si estoy inscrito de manera retroactiva, entiendo que tendré que pagar las cuotas vencidas.
- Mi cobertura pronto será terminada. Me gustaría continuar con mi cobertura mientras se revise mi apelación. Entiendo que debo continuar haciendo mis pagos de las cuotas mientras se revise mi apelación.
- No estoy perdiendo mi cobertura, pero estoy apelando la cantidad de mi crédito fiscal anticipado para la cuota (APTC) o el nivel de Reducción de los Costos Compartidos (CSR).

Firme el formulario y envíelo antes de la fecha de su audiencia.

Solicito mantener mi plan de salud mientras se revise mi apelación. Entiendo que debo pagar mis pagos mensuales de la cuota durante el proceso de revisión. Entiendo que si no hago los pagos, perderé la cobertura o los miembros de mi familia perderán la cobertura. Entiendo que si recibo demasiado crédito fiscal durante el año, incluyendo durante el periodo de inscripción continua, tendré que devolver la cantidad adicional al IRS al presentar mi declaración de impuestos federales.

Firma  _____ **Fecha:** _____

Por correo:
CA Dept. of Social Services
Attn: ACA Bureau
P.O. Box 944243
Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Por fax:
916-651-2789

Llame:
La División de
Audiencias del Estado
1-855-795-0634

Por correo electrónico:
SHDACABureau@DSS.CA.gov
(por favor no enviar por correo electrónico información privada tal como su número de Seguro Social)



¿Necesita ayuda en otro idioma?

IMPORTANT: Can you read this letter? You can call **1-(800)-300-0213** and ask for this letter translated to your language or in another format such as large print. For TTY call **1-(888)-889-4500** where you can also request this letter in alternate format.

Español

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Usted puede llamar al **1-(800)-300-0213** y pedir esta carta traducida en su idioma o en otro formato, como en letras grandes. Si usa TTY, llame al **1-(888)-889-4500**, donde también puede pedir esta carta en algún formato alterno.

Mandarin or Cantonese

重要事项：您能否阅读此信件？您可以致电

1-(800)-300-1533，要求将此信件翻译为您的母语或者索要其他格式

（如，大字版本）的信件。如需 TTY 服务或者索要其他格式的信件，请致电

1-(888)-889-4500。

Vietnamese

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc được bức thư này không? Quý vị có thể gọi điện đến số

1-(800)-652-9528 và yêu cầu được dịch bức thư này sang ngôn ngữ của quý vị hoặc chuyển sang định

dạng khác như bản in khổ lớn. Người dùng TTY, hãy gọi số **1-(888)-889-4500** quý vị cũng có thể yêu cầu định dạng thay thế khác cho bức thư này.

Korean

중요: 이 편지를 읽을 수 있나요? **1-(800)-300-0213**에 연락하셔서 번역되어 있거나 인쇄물 등 다른 포맷으로 되어 있는 편지를 요청해보세요. TTY **1-(888)-889-4500**에서도 이 편지의 다른 포맷을 요청할 수도 있습니다.

Tagalog

MAHALAGA: Makakabasa ka ba sa sulat na ito? Maaari kang tumawag sa **1-(800)-983-8816** at humiling na isalin ang sulat na ito sa iyong wika o sa iba pang format katulad ng malalaking titik.

Para sa TTY, tumawag sa **1-(888)-889-4500** kung saan maaari kang humiling ng alternatibong format ng sulat na ito.

Arabic

غزة وأل غ ك لإى مرهت مات لا طخاب هذا طول لب **1 (800) 826-6317** ب - لا صال ي م ك كن لا طخاب؟ هذا ن عقرا ي م ك كن لى: لم
أي الت ي م ك كن ح يث **1 (888) 4500-889** ب - ات ل ص و لا ب مك، ل ل حص. مال ت ك ب يرب طخ خ أرى، ب ص ي
مخ ت ل فة ب ص ي غة لا طخاب ذات ط

Armenian

ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Դուք կարող եք կարդալ այս նամակը: Դուք կարող եք
զանգահարել **1-(800)-996-1009** և խնդրել, որ այս նամակը թարգմանվի Ձեր լեզվով կամ
Ձեզ տրվի մեկ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ խոշորատառ: TTY-ի համար զանգահարեք
1-(888)-889-4500, որտեղ կարող եք նաև այլընտրանքային ձևաչափով խնդրել այս
նամակը:

Khmer

សំខាន់៖ តើ 100 លើ 10 តոកអង្គកម្ពុជា អចិន្ត្រៃយ៍ គឺ 100 ០០០៖ ប្រើប្រាស់ 100? 10 តោកអង្គ
កម្ពុជា 100 ០០០ រូបិយប័ណ្ណ គឺ **1-(800)-906-**

8528 និយមន័យ 100 លើស 00 តោកអង្គកម្ពុជា គឺ 100 ០០០៖ ជំនាញ តោកអង្គកម្ពុជា
ប្រើប្រាស់ 100 ០០០ រូបិយប័ណ្ណ គឺ 100 ០០០ ៀ

100 ០០០ ជំនាញ 100 ០០០ រូបិយប័ណ្ណ សរុប 100 ០០០ រូបិយប័ណ្ណ គឺ **1-(888)-889-4500**
100 លើ 10 តោកអង្គកម្ពុជា គឺ 100 ០០០៖ ជំនាញ តោកអង្គកម្ពុជា គឺ 100 ០០០ ៀ ប្រើប្រាស់
100 លើស 00 លើ 10 តោកអង្គកម្ពុជា គឺ 100 ០០០៖ ជំនាញ តោកអង្គកម្ពុជា គឺ 100 ០០០ ៀ ប្រើប្រាស់

Russian

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Вы можете прочитать это письмо? Вы можете позвонить по телефону
1-(800)-778-7695 и запросить получение этого письма, переведенного на Ваш родной язык, или
распечатанного крупным шрифтом. Лица со сниженным слухом могут позвонить по телефону
1-(888)-889-4500, чтобы запросить это письмо в ином
формате.

Farsi

شما هو ب ا ت ا و ن ی د ی م ب خ و ا ن ی د ؟ ر ا ن ا م ا ی ن ت ا ذ و ی د می آ ی ا : هم"
دی گری ف مرتب ه ی ا ش و د ت ج ر م ه ش م ا ز ب ن م ا ب ه ن ا م ا ی ن ک ه ک ن ی د ت ق ا ۱۱ و ب گ ۹۲۱-۸۸۷۹ (۸۰۰) ۱
م ا ن ط و ی ق ا ز و ب گ ۹۲۱-۸۸۷۹ (۸۸۸) ۱ ۴۵۰۰-۸۸۹ ش م ا ر ه ب ا TTY ی ر ا . ش و د ا ر س ا ل ش م ا ب ه د ر م ا ن ح ر و ف م ا ن ن
". ش و د ا ر س ا ل ش م ا ب ه د ی گری ف ر م ت ب ه ن ا م ا ی ن ک ه ک ن ی د خ و ر و ا ت س ت ا و ن ی د می چ ن ین ش م ا ر ه

Hmong

TSEEM CEEB: Koj nyeem puas tau tsab ntawv no? Koj hu tau rau **1-(800)-771-2156** nug daim ntawv txais
ua yog koj cov lus los yog lwm hom xws lis tus ntawv loj. Hu tau TTY ntawm **1-(800)-889-4500** ua koj thov
hloov tau lwm hom.