El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de todos los términos de cobertura, visite individualandfamily.chpw.org o llame al 1-866-907-1906. Para ver las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el deducible general?	$0 en un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) o con referencia de un IHCP en un proveedor que no sea IHCP; o $7,000 individual/$14,000 familiar	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Los servicios de atención preventiva, atención primaria, pruebas de laboratorio, visitas a atención de urgencia y medicamentos genéricos están cubiertos antes de que usted alcance el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aún si usted no alcanzó el monto del deducible. Pero se puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para los servicios específicos?	No	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Qué es el límite de costos de bolsillo para este plan?	$11,800 individual/$23,600 familiar	El límite de costos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que alcanzar sus propios límites de costos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de costos de bolsillo de toda la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de costos de bolsillo?	Los servicios fuera de la red no están incluidos en el límite de costos de bolsillo.	Aunque usted pague estos gastos, estos no cuentan para el límite de costos de bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. No hay proveedores fuera de la red en este plan.	Este plan cuenta con una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará el máximo si usa un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para consultar a un	No se necesitan referencias para consultar con un especialista	Puede consultar con el especialista de la red que elija sin una referencia.

especialista?	o proveedor dentro de la red.	

⚠ Todos los costos de los **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro se aplican después de que haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no es IHCP (Pagará más)	No IHCP Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si va al consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	Primeras dos consultas: $1 de copago /consulta; no se aplica deducible. Consultas adicionales: $45 de copago /consulta; el deducible no se aplica	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
	Consulta con un especialista	Sin cargo	$100 de copago /consulta; el deducible no se aplica	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
	Atención preventiva/prueba de detección/ vacunas	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica deducible.	Sin cobertura	
Si tiene una prueba	Prueba de diagnóstico (análisis de sangre, radiografías)	Sin cargo	40% del coseguro para servicios de laboratorio y profesionales. 40% del coseguro para radiografías y diagnóstico por imágenes.	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/por emisión de positrones [PET], resonancias magnéticas [MRI])	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en individualandfamily.chpw.	Medicamentos genéricos	Sin cargo	Copago de $32 /suministro para 30 días Copago de $86.40 /suministro para 90 días El deducible no se aplica.	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. Los medicamentos recetados se proporcionan hasta un suministro para 90 días en las farmacias minoristas participantes o a través del pedido por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. Los medicamentos recetados se proporcionan hasta un suministro para 90 días en las farmacias minoristas participantes o a través del pedido por correo.

org/2027formulary.					
Evento médico común	**Servicios que puede necesitar**	**Lo que usted pagará**			**Limitaciones, excepciones y otra información importante**
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	**Proveedor de la red que no es IHCP (Pagará más)**	**Proveedor fuera de la red que no es IHCP (Usted pagará el máximo)**	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. La cobertura se limita a un suministro para 30 días.
	Medicamentos especializados	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. La cobertura se limita a un suministro para 30 días. Inhaladores para el asma (corticosteroides/combinación de corticosteroides), autoinyectores de epinefrina, EpiPens e insulina, límite total mensual de gastos de bolsillo (OOP) de $35 /suministro para 30 días no sujeto a deducible.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartidocon un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
	Cargos del médico/cirujano	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartidocon un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	Sin cargo	40% del coseguro	40% del coseguro	El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene servicios de un proveedor de la red o fuera de la red en una situación de emergencia. El costo compartido no se aplica a los servicios de un proveedor que no es IHCP con una referencia a un IHCP.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	40% del coseguro	40% del coseguro	El costo compartido para los servicios de atención de emergencia es el mismo si un miembro obtiene servicios de un proveedor de la red o fuera de la red en una situación de emergencia. El costo compartido no se aplica a los servicios de un proveedor que no es IHCP con una referencia a un IHCP.
	Atención de urgencia	Sin cargo	$100 de copago /consulta; no se aplica deducible	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no es IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si tiene una hospitalización	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. Se requiere autorización previa.
	Cargos del médico/cirujano	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor qu no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	Sin cargo	Primeras dos consultas en consultorio: $1 de copago /consulta; el deducible no se aplica. Consultas en consultorios adicionales: $45 de copago /consulta; el deducible no se aplica. Otros servicios para pacientes externos: 40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
	Servicios para pacientes internados	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica deducible	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
	Servicios en un centro para el nacimiento/parto	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
	Atención médica a domicilio	Sin cargo	$50 de copago /día; el deducible no se aplica	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. Límite de 130 consultas por año calendario. Se requiere autorización previa.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) (Usted pagará el mínimo)	Proveedor de la red que no es IHCP (Pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es IHCP (Usted pagará el máximo)	
Si necesita ayuda para una recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	Paciente externo: 40% del coseguro Paciente interno: 40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Paciente interno: Máximo de 30 días para todos los servicios de terapia de rehabilitación por año calendario. Paciente externo: 25 consultas como máximo para todos los servicios de terapias de rehabilitación por año calendario.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	Paciente externo: 40% del coseguro Paciente interno: 40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Paciente interno: Un máximo de 30 días para todos los servicios de terapia de habilitación por año calendario. Paciente externo: 25 consultas como máximo para todos los servicios de terapias de habilitación por año calendario.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. 60 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP.
	Servicios en centros para enfermos terminales	Sin cargo	Pacientes externos: $50 de copago /consulta; el deducible no se aplica Paciente interno: 40% del coseguro	Sin cobertura	No se aplica el costo compartido con un proveedor que no sea IHCP si tiene una referencia de un IHCP. Se requiere autorización previa. Cuidados paliativos: 14 días de por vida máximo
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen de la vista de los niños	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica deducible	Sin cobertura	Incluye la dilatación según indicación profesional y con refracción. 1 examen por año calendario.
	Anteojos para los niños	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica deducible	Sin cobertura	Limitado para niños menores de 19 años. Un par de anteojos o lentes de contacto recetados cada año calendario, incluso lentes de policarbonato y revestimiento resistente a los rayones. Un par de marcos o lentes de contacto (en lugar de lentes y marcos) por año calendario. Incluye el cargo de adaptación.
	Control dental de los niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que, por lo general, su plan NO cubre (vea el documento de su póliza o plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido).

- Proveedores fuera de la red
- Tratamiento contra la infertilidad (excepto inseminación artificial)
- Exámenes de la vista de rutina para adultos
- Atención de enfermería privada
- Atención que no sea de emergencia a la hora de viajar fuera de los EE. UU.
- Servicios dentales
- Ortodoncia para adultos

Otros servicios cubiertos (en estos servicios pueden aplicarse limitaciones. Esta lista no está completa. Consulte el documento de su plan).

- Aborto
- Audífonos
- Atención de rutina de los pies
- Acupuntura
- Atención al recién nacido
- Atención quiropráctica (10 consultas por año calendario)
- Cirugía reconstructiva

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura después de que termina. La información de contacto de esas agencias es: WAHBE 1-855-923-4633 y WA OIC 1-800-562-6900. También, es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluso la compra de una cobertura de seguro individual mediante Health Insurance Marketplace. Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a reclamos y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por el rechazo de una reclamación. La información de contacto de esas agencias es: WA OIC 1-800-562-6900. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también dan información completa sobre cómo enviar una reclamación, una apelación o un reclamo por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, llame al: 1-866-907-1906.

¿Este plan brinda Cobertura esencial mínima? **Sí**
La Cobertura esencial mínima, generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Marketplace u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura esencial mínima, puede no ser elegible para el crédito fiscal de la prima.

¿Este plan cumple con los Estándares de valor mínimo? **No corresponde**
Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para un crédito fiscal de la prima para ayudarle a pagar un plan mediante Marketplace.

Servicios de acceso lingüístico:

[Spanish (Español): If you need assistance in English, please call 1-866-907-1906.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-907-1906.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-866-907-1906.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-866-907-1906.]

Para ver ejemplos sobre cómo este plan puede cubrir los costos de una situación médica de muestra, vea la siguiente sección.

Sobre los ejemplos de esta cobertura:

Esto no es una estimación de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán distintos según la efectiva atención que reciba, los cargos que sus proveedores cobren, y muchos otros factores. Céntrese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura de autónomos.

Nace el bebé de Peg

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto hospitalario)

- **El deducible general del plan** **$7,000**
- **Copago por especialista** **$100**
- **Coseguro por hospital (centro)** **40%**
- **Otro coseguro** **40%**

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el parto/nacimiento
Servicios en el centro para el parto/nacimiento
Pruebas de diagnóstico *(ultrasonido y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$7,000**
- **Copago por especialista** **$100**
- **Coseguro por hospital (centro)** **40%**
- **Otro coseguro** **40%**

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$0**

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$7,000**
- **Copago por especialista** **$100**
- **Coseguro por hospital (centro)** **40%**
- **Otro coseguro** **40%**

Este evento a modo de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en sala de emergencias *(incluye los suministros médicos)*
Prueba de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$0**

Nota: Estos números asumen que el paciente recibió atención de un proveedor de IHCP o con referencia de IHCP con un proveedor no IHCP. Si recibe atención de un proveedor que no sea IHCP sin una referencia de un IHCP, es posible que sus costos sean más altos.

El plan se haría responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Aviso de disponibilidad de servicios de ayuda con el idioma y recursos auxiliares

English
For free language assistance services and auxiliary aids and services, call 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Español (Spanish)
Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística así como ayudas y servicios auxiliares,
llame al 1-866-907-1906 (TTY: 711).

中文（简体) (Chinese)
如需免费的语言协助服务以及辅助工具和服务，请致电1-866-907-1906
(听障人士请拨打 TTY：711）。

Tiếng Việt (Vietnamese)
Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm,
hãy gọi 1-866-907-1906 (TTY: 711).

한국인 (Korean)
무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-866-907-1906 (TTY: 711)로 문의해 주시기 바랍니다.

Русский (Russian)
Для получения бесплатных услуг языковой помощи а также вспомогательных средств и услуг, звоните по номеру 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Tagalog
Para sa mga libreng serbisyo sa tulong sa wika at mga pantulong na kagamitan at serbisyo,
tumawag sa 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian)
Для отримання безкоштовної мовної допомоги, допоміжних засобів та послуг телефонуйте за номером 1-866-907-1906 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Mon-Khmer Cambodian)
សម្រាប់សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា និងឧបករណ៍ និងសេវាកម្មជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅលេខ
1-866-907-1906 (TTY: 711)។

日本語 (Japanese)
言語サポートサービス（無料）および補助的な器具やサービスをご希望の方は、
1-866-907-1906 (TTY: 711) までお電話ください。

አማርኛ (Amharic)
ለ ለነጻ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች እንዲሁም ለአካል ጉዳተኞች እርዳታ እና አገልግሎቶች፣ ወደ 1-866-907-1906 (TTY: 711) ይደውሉ።

العربية (Arabic)
لتلقي خدمات المساعدة اللغوية المجانية والأدوات المساعدة والخدمات الإضافية، يرجى الاتصال على الرقم
1-866-907-1906 (الهاتف النصي TTY: اتصل على الرقم 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, 1-866-907-1906 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Deutsch (German)
Kostenlose Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter
1-866-907-1906 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Laotian)
ສຳລັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການເສີມແບບບໍ່ເສຍຄ່າ,
ໃຫ້ໂທ 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Cushite Afaan Oromoo
Tajaajiloota hiikkaa afaanii, fi namoota hanqina dubbachuu, arguu fi dhagahuu qabaniif deeggarsa dubbii, argaa fi dhageettii meeshaatiinii bilisaan argachuuf, gara 1-866-907-1906 (TTY: 711) tti bilbilaa.

ትግርኛ (Tigrinya)
ብነጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት፣ ከምኡ'ውን ናይ ረድኤት ሓገዝን ኣገልግሎትን ንምርካብ ናብ
1-866-907-1906 (TTY፡- 711) ደውሉ።

Soomaali (Somali)

Si aad u hesho adeegyada caawinta luqadda bilaashka ah iyo qalabka iyo adeegyada kaalmada ah,
wac 1-866-907-1906 (TTY: 711).

Français (French)
Pour bénéficier d'une assistance linguistique gratuite et d'aides et services auxiliaires,
appelez le 1-866-907-1906 (TTY : 711).

دری (Dari)
برای درخواست خدمات ترجمه رایگان، و کمک ها و خدمات پشتیبان مخصوص افراد ناتوان یا کم توان، با
1-866-907-1906 (TTY: 711) به تماس شوید.