

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren unirse a un plan Medicare Advantage de Aspirus Health Plan.

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE.UU.
- Vivir en el área de servicio del plan
- Tener seguro de Medicare Part A (hospital) y Medicare Part B (médico)

## ¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los tres meses de recibir por primera vez Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura si no los llena.

## Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debemos recibir su solicitud antes del 7 de diciembre (sin el sello postal antes de esta fecha), para que la fecha de entrada en vigencia sea el 1 de enero.
- Puede elegir pagar una prima mensual con cheque, pago automático/transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) de su cuenta bancaria o retención del Seguro Social/ Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

## ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Attn. Sales, Aspirus Health Plan  
PO Box 51  
Minneapolis, MN 55440-9972

Una vez que procesemos y aprobemos su solicitud de inscripción, recibirá una carta de confirmación y una tarjeta de identificación de miembro. Por favor, dé tiempo para el procesamiento.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

En inglés:

- Llame a Aspirus Health Plan al 1.855.931.4855. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.855.931.4852.
- Llame a Medicare al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048.

En español:

- Llame a Aspirus Health Plan al 1.855.931.4855. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.855.931.4852.
- Llame a Medicare gratis al 1.800.633.4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Personas sin hogar

Si desea unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, esta puede ser un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, cheques del Seguro Social).

## Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión con respecto a la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamarnos y hablar con un especialista en ventas de Medicare. Consulte la información de contacto de Aspirus Health Plan en la página anterior.

### Comprensión de los beneficios

- Asegúrese de conocer la cobertura y los deducibles, copagos y coseguros aplicables para los beneficios que pueda necesitar, incluidos los servicios dentales, de la vista, de la audición y otros. Puede revisar la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidence of Coverage (EOC) (Evidencia de Cobertura), en especial para consultar los servicios para los que consulta al médico como rutina. Visite **medicare.aspirushealthplan.com** o llame a Aspirus Health Plan para ver una copia de la EOC.
- Revise los proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos, hospitales y centros que usa ahora pertenezcan a la red. Si no están en la lista, quiere decir que es probable que deba elegir otro médico, hospital o centro.
- Asegúrese de que la farmacia que usa para los medicamentos recetados recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia o deba pagar el precio completo por sus recetas.
- Revise el formulario en línea para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos: **medicare.aspirushealthplan.com/formulary**.

### Comprensión de las reglas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de Medicare Part B. Normalmente, esta prima se descuenta del cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Nuestro plan le permite consultar proveedores que no pertenezcan a nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos que brinde un proveedor no contratado, este proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a brindarle atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados. Este plan proporciona atención de emergencia en todo el mundo.
- Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura actual de atención médica Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medicare Supplement/Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará por la cobertura que no puede usar.
- Tiene derecho a cancelar su inscripción durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage del 1 de enero al 31 de marzo.
- Si necesita presentar una queja, puede llamar a Aspirus Health Plan o comunicarse con Medicare al 1.800.MEDICARE.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeles de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

#### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Despacho de Informes de la PRA. Cualquier elemento que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede a continuación?" para enviar su formulario completo al plan.

#### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en planes de medicamentos recetados (PDP), para mejorar la atención y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", N.º del sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

**Sección 1: Todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**

Los planes incluyen cobertura dental preventiva. Puede optar por agregar más cobertura dental a cualquier plan de abajo. Seleccione el plan al que desea unirse.

- Aspirus Health Plan Essential Rx (PPO)** \$0 por mes (con Medicare Part D)
  - Agregar** Aspirus Choice Dental por \$29 al mes
- Aspirus Health Plan Elite (PPO)** \$0 por mes (sin Medicare Part D)
  - Agregar** Aspirus Choice Dental por \$29 al mes

**Información sobre usted**

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="text"/>		
Dirección de residencia permanente (no puede ser un apartado postal a menos que sea una persona sin hogar)		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Código postal	Condado	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección postal, si es diferente a la permanente (puede ser una calle o un apartado postal)		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Código postal	Condado	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de teléfono		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico (opcional)		
<input type="text"/>		

## Su información de Medicare

Número de Medicare (sin guiones)

Fecha de entrada en vigor del plan solicitado (dd/mm/aaaa)

(La cobertura siempre comienza el primer día del mes)

Aparte de Medicare, ¿seguirá teniendo otra cobertura además de este plan?  Sí  No

En caso afirmativo, seleccione todas las que correspondan

Cobertura médica  Cobertura de medicamentos recetados

Si no es cobertura a través de Veterans Affairs (VA) o SeniorCare, por favor indique

Nombre del titular de la póliza

Nombre del plan

N.º de Id. de la póliza

N.º de grupo

Fecha de entrada en vigor de otra cobertura (dd/mm/aaaa)

**Declaración de elegibilidad para inscribirse** En general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el Período de Inscripción Anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse fuera de este período. Lea las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar la casilla, certifica que, según su mejor conocimiento, es elegible para inscribirse. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

### Inscripción durante el Período de Inscripción Anual (AEP)

Me inscribiré durante el AEP, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre para una fecha de entrada en vigor del 1 de enero. Nota: Su solicitud debe recibirse antes del 7 de diciembre para una fecha de entrada en vigor del 1 de enero.

### Nuevo o cambio en Medicare o en su cobertura

Soy nuevo en Medicare Part A y Part B o ya tengo Part A y recientemente me inscribí en Part B.

Tuve Medicare antes de los 65 años debido a una discapacidad, y ahora voy a cumplir 65 años.

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio a otro plan Medicare Advantage durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA-OEP).

Nota: Este período se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo (o dentro de los primeros tres meses cuando es nuevo en Medicare).

Medicare (o mi estado) me inscribió automáticamente en mi plan actual y quiero elegir un plan diferente.

Mi inscripción en ese plan comenzó el (dd/mm/aaaa)

Me estoy mudando a, vivo en o recientemente me mudé de un hogar de ancianos el

(dd/mm/aaaa)

## Un cambio reciente en la residencia

Me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual en los últimos tres meses (dd/mm/aaaa)   /   /     y este es un nuevo plan para mí.

---

Regresé a los EE.UU. después de vivir de forma permanente fuera de los EE.UU., el (dd/mm/aaaa)   /   /

---

Fui liberado de la cárcel el (dd/mm/aaaa)   /   /

---

Obtuve el estatus de presencia legal en los EE.UU. el (dd/mm/aaaa)   /   /

---

## Un cambio reciente en las calificaciones de ingresos o del Special Needs Plan (SNP) u otro

Estoy perdiendo o dejando la cobertura del empleador o sindicato y mi última fecha de cobertura es (dd/mm/aaaa)   /   /    (generalmente el último día del mes).

---

Estoy inscrito en un plan Medicare que está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está finalizando su contrato con mi plan actual.

---

Tuve un cambio en mi Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (me volví elegible o no elegible) el (dd/mm/aaaa)   /   /

---

Pertenezco al programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado (SeniorCare).

---

Perdí involuntariamente la cobertura de medicamentos que es al menos tan buena como Medicare Part D (llamada acreditable) el (dd/mm/aaaa)   /   /

---

Estoy inscrito en mi Programa Estatal de Medicaid (llamado Medical Assistance) o estoy perdiendo o perdí la elegibilidad el (dd/mm/aaaa)   /   /

---

Dejé un programa PACE el (dd/mm/aaaa)   /   /

---

Estuve inscrito en un Special Needs Plan (SNP), pero ya no califico para este plan el (dd/mm/aaaa)   /   /

---

Si ninguna de estas declaraciones aplica a usted o si no está seguro, comuníquese con Aspirus Health Plan al 1.855.931.4855 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1.855.931.4852) para averiguar si es elegible para inscribirse.

**Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales. Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede denegar la cobertura por no completarlas.**

Seleccione si desea que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en un formato accesible.

Braille  Letra grande  CD de audio  CD de datos

Correo electrónico  Otro idioma o formato

Los materiales del plan están disponibles en **medicare.aspirushealthplan.com**. Comuníquese con Aspirus Health Plan al 1.855.935.4855 si necesita información en otro formato distinto a los que se mencionaron previamente. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.855.931.4852.

Medicare quiere que los planes recopilen los siguientes datos para identificar y abordar mejor las necesidades de la comunidad en términos de acceso a la atención médica, alcance y protecciones contra la discriminación.

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

No, no soy de origen hispano, latino o español  Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano  
 Sí, puertorriqueño  Sí, cubano  
 Sí, tengo otro origen hispano, latino o español  **Elijo no contestar**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Caucásico/blanco  Samoano  Otro nativo de las islas del Pacífico  
 Indio americano o nativo de Alaska  Negro o afroamericano  Filipino  
 Indio asiático  Chino  Vietnamita  
 Japonés  Coreano  Nativo de Hawái  
 Otra raza asiática  Guamaní o chamorro  **Elijo no contestar**

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

Mujer  Hombre  No binario

Utilizo un término diferente

**Elijo no contestar**

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensas de usted mismo? Seleccione una opción.

Lesbiana o gay  Heterosexual (no gay ni lesbiana)  Bisexual

No sé

Utilizo un término diferente

**Elijo no contestar**

¿Trabaja?  Sí  No

¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No

### Sección 3

#### Opciones de prima del plan

Puede elegir pagar su prima (incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba actualmente o pueda deber) de las siguientes maneras. Medicare requiere una selección de método de pago, incluso si selecciona un plan de prima de \$0. No envíe el pago con su formulario de inscripción. Seleccione una opción:

Obtenga una factura (Una vez inscrito, puede optar por pagar con tarjeta de crédito, por teléfono o a través de su cuenta de miembro de Aspirus Health Plan en línea).

Transferencia electrónica de fondos de  cuenta corriente  cuenta de ahorros

Nombre del banco

N.º de ruta bancaria

N.º de cuenta bancaria

Deducción automática mensual de mi beneficio de  Seguro Social (Social Security, SS)

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

Nota: Si tiene ingresos más elevados, es posible que pague más por su cobertura de medicamentos de Medicare, lo que se denomina Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de Part D (Part D - IRMAA). Usted debe este monto adicional, además de la prima de su plan. El Seguro Social se pondrá en contacto con usted si corresponde. NO le pague a Aspirus Health Plan la Part D - IRMAA.

#### OBLIGATORIO: Lea esta información importante y firme a continuación.

- Debo mantener tanto el seguro de hospital (Part A) como el médica (Part B) para permanecer en este plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage de Aspirus Health Plan, reconozco y acepto que Aspirus Health Plan compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en este formulario). Mi respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no lo responde se podría ver afectada su inscripción en el plan.
- Aspirus Health Plan puede divulgar mi información para tratamientos, pagos y operaciones, de conformidad con las leyes estatales y federales y según se indica en el Aviso de prácticas de privacidad. Reconozco que leí y que entiendo el Aviso de prácticas de privacidad de Aspirus Health Plan (que se encuentra en el Summary of Benefits (Resumen de beneficios) y en **medicare.aspirushealthplan.com**).
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan cesará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes Pago por Servicio Privado (Private Fee-for-Service, PFFS) de Medicare Advantage y Cuenta de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
- Entiendo que cuando comience esta cobertura del plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de este plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por este plan e incluidos en el documento de Evidence of Coverage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni este plan pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en este plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y entendí la información contenida en esta solicitud. Si el formulario está firmado por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción; y 2) los documentos de esta potestad están disponibles en caso de que Medicare los solicite.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Complete esta sección ÚNICAMENTE si usted es un representante autorizado (por ejemplo, agente, corredor, asesor del SHIP, miembro de la familia, poder notarial u otro tercero) que ayuda a un afiliado a completar esta solicitud de inscripción.

Nombre

Relación con la persona inscrita

Si tiene un poder notarial/tutor, dirección

Número de teléfono

 -  - 

Si es agente/corredor, su Número Nacional de Productor (NPN)

Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)

 /  / 

Si es agente/corredor, agregue el núm. de identificación de la clínica primaria (si se conoce)

**Firma:** \_\_\_\_\_

### Cómo debe presentar su formulario de inscripción

Devuelva su solicitud de inscripción impresa en el sobre adjunto con franqueo pagado a Attn: Sales, Aspirus Health Plan, PO Box 51, Minneapolis, MN 55440-9972 o por fax al 715.787.7328. O inscribese en línea en **[medicare.aspirushealthplan.com/enrollment](https://www.medicare.aspirushealthplan.com/enrollment)**.

## Notice of Nondiscrimination

Aspirus Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Aspirus Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

We provide aids and services at no charge to people with disabilities to communicate effectively with us, such as TTY line, or written information in other formats, such as large print.

If you need these services, contact us at **715.631.7411 (voice)** or toll free at **1.855.931.4850 (voice)**, **715.631.7413 (TTY)**, or **1.855.931.4852 (TTY)**.

We provide language services at no charge to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters or information written in other languages.

If you need these services, contact us at the **number on the back of your membership card** or **715.631.7411** or toll free at **1.855.931.4850 (voice)**; **715.631.7413** or toll free at **1.855.931.4852 (TTY)**.

If you believe that Aspirus Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file an oral or written grievance.

### Oral grievance

If you are a current Aspirus Health Plan member, please call the number on the back of your membership card. Otherwise please call **715.631.7411** or toll free at **1.855.931.4850 (voice)**; **715.631.7413** or toll free at **1.855.931.4852 (TTY)**. You can also use these numbers if you need assistance filing a grievance.

### Written grievance

#### *Mailing Address*

Attn: Appeals and Grievances

Aspirus Health Plan

PO Box 51

Minneapolis, MN 55440

Email: [cagMA@aspirushealthplan.com](mailto:cagMA@aspirushealthplan.com)

Fax: 715.631.7439

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services 200

Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C.

20201

1.800.368.1019, 1.800.537.7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/1.855.931.4852).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/1.855.931.4852).

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/1.855.931.4852).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/1.855.931.4852).

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 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/1.855.931.4852)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 715.631.7411/1.855.931.4850 (телетайп: 715.631.7413/1.855.931.4852).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/1.855.931.4852).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ። 715.631.7411/1.855.931.4850 (መስማት ለተሳናቸው: 715.631.7413/1.855.931.4852).

ဟံသုဂ်ဟံသး-နမ္မာကတိ၊ ကညိ ကျိာ်အယိ၊ နမ္မာနာ ကျိာ်အတိမၤစၢလၢ တလၢကိဘူဂ်လၢကိစၢ နိတမံဘၣ်သုန့ဂ်လိ။  
နိ: 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/1.855.931.4852).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/1.855.931.4852).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស, រសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បរិវេជ្ជកម្ម ចូរ ទូរស័ព្ទ 715.631.7411/ 1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/ 1.855.931.4852)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 715.631.7411/1.855.931.4850 (رقم هاتف الصم والبكم: 715.631.7413/ 1.855.931.4852).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 715.631.7411/1.855.931.4850 (ATS : 715.631.7413/1.855.931.4852).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/ 1.855.931.4852) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 715.631.7411/1.855.931.4850 (TTY: 715.631.7413/1.855.931.4852).