



The Summary of Benefits and Coverage document (El documento Resumen de beneficios y cobertura, SBC) le ayudará a elegir un plan. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: Información sobre el costo de este plan (que se denomina prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, vaya a www.ucare.org/BenefitDocuments o llame al 1-877-903-0070 (esta llamada es gratuita) o TTY/personas con discapacidad auditiva: 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor u otro término subrayado, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-877-903-0070 (esta llamada es gratuita) o TTY/personas con discapacidad auditiva: 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deductible</u> general?	Dentro de la red: \$7500/persona; \$15.000/familia. Fuera de la red: \$20.000/persona; \$40.000/familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio <u>deductible</u> hasta que el monto total de los gastos del <u>deductible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deductible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deductible</u> ?	Sí. <u>Servicios preventivos</u> , visitas al consultorio y algunos medicamentos del <u>Formulary</u> . Se aplican limitaciones. Los copagos no se aplican al <u>deductible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deductible</u> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deductible</u> . Consulte la lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deductibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de desembolso directo</u> para este <u>plan</u> ?	\$10.150/persona; \$20.300/familia. No hay <u>límite de desembolso directo</u> para servicios fuera de la red.	El <u>límite de desembolso directo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de desembolso directo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de desembolso directo</u> general de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de desembolso directo</u> ?	Las primas, la mayoría de los servicios fuera de la red, los cargos de facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida), y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de desembolso directo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte ucare.org/ifp-directory o llame al 1-877-903-0070 (esta llamada es gratuita) o TTY: 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita) para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> del plan. Pagará el máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo de un <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver el <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que ha 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 dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$60 de <u>copago</u> para las primeras 3 visitas antes del <u>deducible</u> . Luego, 35% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> . Sin cargo para atención en línea (e-visits) y visitas de conveniencia/en establecimientos minoristas.	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las primeras 3 visitas pueden ser una combinación de visitas al consultorio elegibles.
	Visita al <u>especialista</u>	\$60 de <u>copago</u> para las primeras 3 visitas antes del <u>deducible</u> . Luego, 35% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> .	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las primeras 3 visitas pueden ser una combinación de visitas al consultorio elegibles.
	<u>Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas</u>	Sin cargo. El <u>deducible</u> no se aplica.	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego, compruebe lo que su <u>plan</u> pagará. Con una receta médica, algunos medicamentos de venta libre son gratuitos.
Si se le realiza una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se podría requerir una autorización.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas (CT)/tomografías por emisión de positrones (PET), resonancias magnéticas (MRI))			
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> disponible	Nivel 1	\$20 de <u>copago</u> por cada suministro para 30 días. El <u>deducible</u> no se aplica.	No cubierto	Los medicamentos preventivos están cubiertos sin costo compartido para el miembro, como se especifica en el Formulary (Formulario). Los medicamentos deben estar en el Formulary o recibir una excepción al Formulary. Los medicamentos y niveles de medicamentos en el
	Nivel 2	\$30 de <u>copago</u> por cada suministro para 30 días. El <u>deducible</u> no se aplica.		
	Nivel 3	\$200 de <u>copago</u> por cada suministro para 30 días. El <u>deducible</u> no se aplica.		

Evento médico común en ucare.org/ifp-druglist .	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
en ucare.org/ifp-druglist .		<u>deducible</u> no se aplica.		<p>Formulary pueden cambiar si un nuevo medicamento genérico está disponible o se publica nueva información sobre la seguridad de un medicamento. Suministro de hasta 90 días en farmacias minoristas dentro de la red o farmacia de pedidos por correo. Pueden aplicar restricciones. Usted no pagará más de \$25 por cada suministro para 30 días de medicamentos para tratar la diabetes (incluida la insulina), el asma y las alergias que requieren el uso de autoinyectores de epinefrina (EpiPens). Su costo podría ser menor si ha alcanzado su límite de desembolso directo.</p> <p>La mayoría de los medicamentos en el Nivel 5 se deben surtir en Fairview Specialty Pharmacy.</p> <p>Los montos en dólares de la tarjeta de ahorro del fabricante, el cupón o el reembolso contarán para el deducible y/o el límite de desembolso directo de su plan.</p>
	Nivel 4	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>		
	Nivel 5	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>		
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se podría requerir una autorización y notificación.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	35% de <u>coseguro</u> después de <u>deducible dentro de la red</u> .	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	35% de <u>coseguro</u> después de <u>deducible dentro de la red</u> .	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$60 de <u>copago</u> para las primeras 3 visitas antes del <u>deducible</u> , luego 35% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> .	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las primeras 3 visitas pueden ser una combinación de visitas al consultorio elegibles.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si tiene una estadía en el hospital	Honorarios del centro (p. ej., habitación de hospital)	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Se requiere notificación.
	Honorarios del médico/cirujano			
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$60 de <u>copago</u> para las primeras 3 visitas antes del <u>deductible</u> , luego 35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u> .	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Las primeras 3 visitas pueden ser una combinación de visitas al consultorio elegibles.
	Servicios para pacientes hospitalizados	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	La cobertura incluye servicios de tratamiento residencial. Se podría requerir una autorización o notificación.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo para los <u>servicios preventivos</u> prenatales y posnatales de rutina.	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Las visitas al consultorio que no sean de rutina requieren costo compartido.
	Servicios profesionales de nacimientos/partos	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Se requiere notificación.
	Servicios del centro de nacimientos/partos			Se requiere notificación.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención de la salud en el hogar</u>	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Se requiere una autorización. Límite de 120 visitas domiciliarias por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$60 de <u>copago</u> para las primeras 3 visitas antes del <u>deductible</u> . Luego, 35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u> .	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Las primeras 3 visitas pueden ser una combinación de visitas al consultorio elegibles.
	<u>Servicios de habilitación</u>			
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Se requiere una autorización. Límite de 120 días por admisión.
	<u>Equipo médico duradero</u>	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Se podría requerir una autorización.
	<u>Servicios del centro de cuidados paliativos</u>	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Límite de 30 días por episodio.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo. El <u>deductible</u> no se aplica.	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Límite de 1 examen de la vista de rutina por año calendario.
	Anteojos para niños	35% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	No cubierto	Límite de 1 por año calendario.
	Chequeo dental infantil	Sin cargo. El <u>deductible</u> no se aplica.	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deductible</u>	Límite de 2 por año calendario.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

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

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Tratamiento de la infertilidad
- Terapia conductual intensiva para el tratamiento de trastornos del espectro autista
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Medicamentos no incluidos en el Formulary, a menos que se obtenga una excepción
- Enfermería privada (excepto hasta 120 horas cubiertas para capacitar al personal hospitalario para un paciente dependiente de un respirador)
- Atención dental de rutina (adultos)
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte su documento del plan).

- Atención quiropráctica (excepto cuando no hay un progreso medible en el tiempo, y masajes para comodidad o conveniencia)
- Audífonos
- Aborto

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si quiere continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto de esas agencias es: Minnesota Department of Health al 651-201-5100 o al 1-800-657-3916 (esta llamada es gratuita). Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con UCare al 612-676-6600 o 1-877-903-0070 (esta llamada es gratuita). Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.MNsure.org o llame al 1-855-366-7873 (esta llamada es gratuita).

Sus derechos a presentar quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una reclamación contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta reclamación se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para recibir ayuda, comuníquese con: Minnesota Department of Health al 651-201-5100 o al 1-800-657-3916 (esta llamada es gratuita).

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal de la prima.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? No corresponde

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal de la prima para ayudarle a pagar un plan a través del [Mercado](#).

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren, y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deductibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

■ El deductible general del plan	\$7500
■ Copago del especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	35%
■ Otro coseguro	35%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del [especialista](#) (Atención prenatal)
 Servicios profesionales para nacimientos/partos
 Servicios del centro de nacimientos/partos
[Pruebas de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo [\\$12.700](#)

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$7500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$600
El total que Peg pagaría es	\$9900

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deductible general del plan	\$7500
■ Copago del especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	35%
■ Otro coseguro	35%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) ([incluida la educación sobre la enfermedad](#))
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo [\\$5600](#)

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$500
Copagos	\$1200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1700

Fractura simple de Mia

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

■ El deductible general del plan	\$7500
■ Copago del especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (centro)	35%
■ Otro coseguro	35%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
[Atención en la sala de emergencias](#) ([incluidos los suministros médicos](#))
[Pruebas de diagnóstico](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo [\\$2800](#)

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$2500
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2700

Aviso de disponibilidad

ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge.

Call 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

አዲ ይወለ፡- የአማርኛ ቁጥቷል የሚገኘው ክፍያ እና ስራ ለአገልግሎት ለእርስዎ
ቀርቦልምታል፡፡ +፳፻፮፭ ፻፻፭ ቁርወጥና መረጃዎችን ለማቅረብ ተገብር የሚገኘው እና ስራ ለአገልግሎት ምንም አንድሸሁ በኋላ ቁርቦዋል፡፡ በ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534) ይደውሉ.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما توفر أيضًا المساعدات والخدمات المساعدة الإضافية لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. يمكنك الاتصال على الرقم 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

សូមជ្រាបជាអំណីៗ៖ ប្រសិនបើអ្នកនឹងយកាសាស ឬ
សេវាកម្មជំនួយកាសាត់តែតែថ្មីមានត្រូវបានផ្តល់ចូលស
ម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាដំនួយសម្របដើម្បីផ្តល់ព័ត៌
មានត្រូវបានផ្តល់ចូលបានត្រូវបានផ្តល់ចូល
ដោយតែតែថ្មីជាងដ៏។ ទូរសព្ទទៅលេខ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534)។

請注意：如果您講粵語，可得免費語言協助服務。還可免費提供適當的輔助工具和服務，能以無障礙格式提供資訊。請致電 612-676-3200/1-800-203-7225 (聽障專線 612-676-6810/1-800-688-2534)。

请注意：如果您说普通话，我们可为您免费提供语言协助服务。此外，我们还免费提供适当的辅助设备和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534)。

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 612-676-3200/1-800-203-7225 (ATS 612-676-6810/1-800-688-2534).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534) an.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके ललए नन: शुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध हैं। सुलभ फॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के ललए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी नन: शुल्क उपलब्ध हैं। 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534) पर कॉल करें।

TSWM SEEB: Yog tias koj hais tau lus Hmoob, ces yuav muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj siv. Kuj tseem muaj cov kev pab txhawb ntxiv thiab cov kev pab cuam uas tsim nyog los mus muab cov ntaub ntawv qhia paub nyob rau cov quav uas nkag siv tau dawb thiab. Hu rau 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

ໜ້າຍເຫດ: ການບໍລິການທາງດ້ວນພາສາມ່ນຍົກົດອມໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານ. ນອກນັ້ນ, ຍັງມີການບໍລິການຈຸ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມທີ່ເຫັນຈະສົມຜົ່ນໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ທ່ານເຂົ້າຕົ້ງໄດ້ພົກນໍາ. ໂທ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

HUBACHIISA: Afaan Oromo kan dubbattan yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaanii bilisaan ni argattu. Odeeffannoo bifa dhaqqabamaa ta'een dhiheessuf, gargaarsii fi tajaajiloonni dabalataa mijatoo ta'anis bilisaan ni kennamu. Bilbilaa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в других форматах также можно получить бесплатно. Позвоните по номеру 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

FIIRO GAARAH: Haddii aad ku hadasho Af-Soomaali, adeegyada caawimaada luuqadda ee bilaashka ah ayaa laguu heli karaa. Kaalmooyinka iyo adeegyada dheeraadka ah ee kugu habboon si macluumaadka laguugu siiyo qaabab la isticmaali karo ayaa sidoo kale laguu heli karaa weliba si lacag la'aan ah. Wac 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También disponemos de ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita para facilitar información en formatos accesibles. Llame al 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Mayroon ding mga naaangkop na karagdagang pantulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format na magagamit nang libre. Tumawag sa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Ngoài ra, cũng có sẵn các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ thích hợp miễn phí nhằm cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập. Gọi 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).