



Solicitud de inscripción en los planes de Medicare

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren unirse a un plan Medicare Advantage de UCare

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:

UCare: Attn. Sales
PO Box 52
Minneapolis, MN 55440-9682

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?

- Llame a UCare al 1-877-523-1518. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-688-2534.
- Escriba al correo electrónico **sales@ucare.org**.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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 el correo (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 en forma total nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamarnos y hablar con un especialista en ventas de Medicare. Consulte la información de contacto de UCare 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 ucare.org o llame a UCare 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 cualquier medicamento 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: ucare.org/medicare-druglist.

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, ya que estará pagando una cobertura que no podrá utilizar.
- 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 UCare o comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites 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 pasa después?" 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 del Seguro 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.



Solicitud de inscripción en los planes de Medicare

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

Consulte el mapa del área de servicios en el Summary of Benefits (Resumen de beneficios) para confirmar que el plan que seleccione esté disponible en su área. Seleccione el plan al que desea unirse.

UCare Your Choice (PPO) \$0 por mes

UCare Standard (HMO-POS) \$38 por mes

UCare Complete (HMO-POS) \$142 por mes

UCare Classic (HMO-POS) \$212 por mes

SIN cobertura de medicamentos recetados de Medicare Part D

UCare Value Plus (HMO-POS) \$0 por mes

UCare Value (HMO-POS) \$19 por mes

Marque la casilla para agregar un servicio dental de restauración opcional:

Choice Dental por \$29 por mes (solo disponible para UCare Standard y UCare Value Plus)

Classic Choice Dental por \$29 por mes (solo disponible para UCare Classic)

Información sobre usted

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

 / /

Apellido

Sexo Masculino Femenino

Dirección de residencia permanente (no puede ser un apartado postal a menos que sea una persona sin hogar)

Ciudad

Estado

Código postal

 -

Condado

Dirección postal, si es diferente a la permanente (puede ser una calle o un apartado postal)

Ciudad

Estado

Código postal

 -

Condado

Número de teléfono

 - -

Dirección de correo electrónico (opcional)

Su información de Medicare

Número de Medicare (sin guiones)

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

 / /

(La cobertura siempre comienza el primer día del mes)

Además 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 Asuntos de Veteranos (VA), 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 leal saber y entender, califica 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 se 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 voy a mudar, vivo o he salido recientemente de un hogar de ancianos el
(dd/mm/aaaa) / /

Un cambio reciente en la residencia

Me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual en los últimos tres meses el (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

Pierdo o abandono la cobertura de mi empleador o sindicato y mi última fecha de cobertura es el (dd/mm/aaaa) / / (generalmente el último día del mes)

Estoy inscrito en un plan Medicare que finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan actual

Tengo o tuve un cambio en mi Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (califiqué o dejé de calificar) el (dd/mm/aaaa) / /

Pertenezco al programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado (disponible solo en WI)

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 pierdo o perdí la elegibilidad el (dd/mm/aaaa) / /

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

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

Si ninguna de las afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con UCare al 1-877-523-1518 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-688-2534) para averiguar si califica 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 **ucare.org**. Llame a UCare al 1-877-523-1518 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 1-800-688-2534.

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 **Prefiero 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 **Prefiero 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 tenga actualmente o pueda adeudar) de las siguientes maneras. Medicare exige una selección de método de pago, incluso si selecciona un plan de prima de \$0. No envíe el pago junto con el formulario de inscripción. Seleccione una opción:

Recibir una factura (Una vez inscrito, puede optar por pagar con tarjeta de crédito, por teléfono o a través de su cuenta de miembro de UCare 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 adeuda este monto adicional, además de la prima de su plan. El Seguro Social se pondrá en contacto con usted si corresponde. NO pague a UCare el Part D - IRMAA.

OBLIGATORIO: Lea esta información importante y firme a continuación. Nota: Todas las referencias al “plan” son al plan en el que se inscribe.

- Debo mantener tanto la cobertura de hospital (Part A) como la médica (Part B) para permanecer en este plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage de UCare, reconozco y acepto que UCare 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, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en este plan.
- UCare 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 he leído y comprendo el Aviso de prácticas de privacidad de UCare (que se encuentra en el Summary of Benefits y en **ucare.org**).
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará 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 los 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 proporciono intencionalmente 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 he leído y comprendo la información contenida en esta solicitud. Si la ha firmado 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 si usted es una persona o un representante autorizado (por ejemplo, agente, corredor, asesor del SHIP, familiar, apoderado u otro tercero) que ayuda a un afiliado a completar esta solicitud de inscripción.

Nombre

Relación con la persona inscrita

Si es apoderado/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 (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 UCare, Attn: Sales, PO Box 52, Minneapolis, MN 55440-9682 o por fax al 612-676-6562.

O inscríbese en línea en **ucare.org**.

Notice of Nondiscrimination

UCare complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. UCare 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 **612-676-3200 (voice)** or toll free at **1-800-203-7225 (voice)**, **612-676-6810 (TTY)**, or **1-800-688-2534 (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 **612-676-3200** or toll free at **1-800-203-7225 (voice)**; **612-676-6810** or toll free at **1-800-688-2534 (TTY)**.

If you believe that UCare 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 UCare member, please call the number on the back of your membership card. Otherwise please call **612-676-3200** or toll free at **1-800-203-7225 (voice)**; **612-676-6810** or toll free at **1-800-688-2534 (TTY)**. You can also use these numbers if you need assistance filing a grievance.

Written grievance

Mailing Address

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Email: cag@ucare.org

Fax: 612-884-2021

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

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

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 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 612-676-3200/1-800-203-7225 (телетайп: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኢማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ဟံသုဂ်ဟံသု: -နမူကတိ ကညိ ကျိအယိ, နမနူ ကျိအတိမစာလါ တလက်ဘုဂ်လက်စူ နိတမံဘဂ်သုနုဂ်လိ။ ဝိ: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស, រសវាជំនួយវេជ្ជករភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បរិវេណ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 612-676-3200/1-800-203-7225 (رقم هاتف الصم والبكم: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 612-676-3200/1-800-203-7225 (ATS : 612-676-6810/1-800-688-2534).

주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).