



BlueCross BlueShield
of New Mexico

Estimado asegurado:

Necesitamos su aprobación antes de que podamos entregar sus registros a otras personas. Simplemente llene y firme este formulario.

Nos han solicitado divulgar sus registros a una persona o compañía. Antes que podamos hacer esto, necesitamos que llene el formulario que va con esta carta. Luego, envíenoslo de vuelta. Este formulario nos indicará quién puede recibir sus registros.

El formulario será válido para un año a partir de la fecha en la que lo firme a menos que usted solicite que termine antes.

Asegúrese de llenar todo el formulario. Guarde una copia para sus registros. No cambie el formulario ni omita ningún dato. Si hay problemas, o si tenemos preguntas, le enviaremos una carta o le llamaremos.

Una vez que recibamos su formulario firmado, lo procesaremos rápidamente. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al 1-866-689-1523.

Atentamente,

Especialista en Servicio al Cliente

PO Box 650712 Dallas, TX 75265-0712 • 1-866-689-1523
Such services are funded in part with the State of New Mexico.

bcbsnm.com

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



Lea lo siguiente para ayudar a completar la página uno del formulario.

PARTE A: Asegurado

- Escriba en letra de molde su apellido, primer nombre y la primera letra de su segundo nombre.
- Escriba su fecha de nacimiento como sigue: mm/dd/aaaa. Por ejemplo, si nació el 5 de octubre de 1960, escribiría 10/05/1960.
- Escriba su dirección completa, ciudad, estado y código postal.
- Escriba un número de teléfono durante el día (incluyendo código de área) en donde se le pueda contactar.
- **Número de identificación del asegurado**
 - Este número se encuentra en su tarjeta de identificación de asegurado.
- **Número de grupo**
 - Este número se encuentra en su tarjeta de identificación de asegurado. Si su número de tarjeta no tiene un número de grupo, deje en blanco esta parte.

PARTE B: Personas o compañías que recibirán mis registros

- Marque la casilla de la persona o compañía que puede ver sus registros. También, indíquenos el nombre completo de la persona o compañía a la cual podemos darle sus registros. No utilice un término general como “mi hija” o “mi hijo”. Tiene que ser muy claro.
- Si marca “Otro”, proporcione:
 - El nombre y apellido (si lo tiene).
 - El nombre de la compañía (si aplica en su caso). Y qué relación tienen con usted.

PARTE C: Mis registros

- Indíquenos qué registros nos permitirá entregar: todos o solo algunos.
- Para entregar todos sus registros, marque la primera casilla.
- Para entregar solo algunos registros, marque la segunda casilla.
- También hay una sección acerca de las cosas que usted considera que son muy personales o muy privadas para usted. Si acepta que podemos dar estos tipos de registros, marque las casillas que aplican en su caso

Formulario de autorización del asegurado

Este formulario tiene que llenarlo un asegurado. Permite a la persona o compañía ver los registros del asegurado. Escriba tanto sobre usted mismo como pueda. Si necesita ayuda, consulte la carta que acompaña este formulario. Le mostrara cómo llenar cada parte. También, puede llamar al número que aparece en su tarjeta de identificación de asegurado.

PARTE A: ASEGURADO			
Apellido del asegurado	Nombre del asegurado	ISN	Fecha de nacimiento del asegurado
Dirección del asegurado	Ciudad	Estado	Código postal

PARTE B: PERSONAS O COMPAÑIAS QUE RECIBIRAN MIS REGISTROS
Las personas o compañías que se mencionan y están marcadas a continuación, tienen derecho a ver mis registros. (Tienen que ser mayores de 18 años). Marque cada casilla que aplique. Escriba los nombres y apellidos.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (Si es mayor de 18 años, escriba los nombres y apellidos)
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (El nombre y apellido si lo tiene. Este podría ser una persona o el nombre de la compañía. También escriba qué relación tiene esa persona o la compañía con usted).

PARTE C: MIS REGISTROS
Permitiré que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico comparta los registros a continuación (marque solo una casilla):

- Todos mis registros de salud. Todos mis registros de salud. Esto pueden ser registros sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamos, nombres de médicos u otros proveedores de servicios de salud. Los registros también pueden ser sobre dinero (como facturación y banca). Si marca esta casilla no significa que otras personas podrán ver registros confidenciales (muy personales) a menos que acepte más adelante. **O**
- Solo algunos registros (marque todos los que apliquen en su caso)
 - Apelación
 - Beneficios y cobertura
 - Facturas
 - Reclamos y pago
 - Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud)
 - Elegibilidad
 - Médico y hospital
 - Registros del médico
 - Áreas de dinero
 - Certificación previa y autorización previa (para aprobaciones de tratamientos). Esto es cuando le damos la aprobación para un tratamiento.
 - Referencia (cuando su médico principal dice que está bien consultar a un médico especialista para cierto tratamiento)
 - Tratamiento
 - Dental
 - Vista
 - Farmacia
 - Otro: _____

También permitiré que BCBSNM comparta este tipo de registros confidenciales (muy personales) a continuación. Marque todas las casillas que apliquen en su caso.

- Todos los registros confidenciales a continuación **O**
- Solo algunos registros: acerca de los temas marcados a continuación:
 - Aborto
 - Abuso (sexual físico/mental)
 - Alcohol y abuso de drogas*
 - Prueba de genes
 - VIH o SIDA
 - Estar embarazada
 - Salud mental
 - Enfermedades sexuales transmitidas a otras personas
 - Otro: _____



Lea lo siguiente para ayudar a completar la página dos del formulario.

PARTE D: Razón por la que quiere compartir sus registros

- La primera casilla nos indica que entreguemos sus registros según se muestran en este formulario.
- La segunda casilla nos indica una razón especial. Esto podría tratarse de un reclamo de seguro de vida. Esto podría ser con un abogado o familiar. Escriba su razón en el espacio.

PARTE E: Revíselo y firme

- Una vez firma el formulario, será válido durante uno de los siguientes tiempos:
 - Marque la primera casilla para un año. Ese es el tiempo normal.
 - Marque la segunda casilla para indicar que el formulario que firme será válido por menos de un año. Luego indique la fecha en la que quiere que termine.
- **Firme su nombre y coloque la fecha en el formulario.** Su nombre y la firma *tienen* que coincidir con lo que escribió en la PARTE A.
- Es posible que esté firmando este formulario por alguien más. Si tiene formularios que indican que usted tiene un Mandato de atención médica, o es un tutor legal o custodio, tiene que hacer lo siguiente:
 - A llenar por el **tutor o persona legal nombrada**.
 - Darnos una copia del formulario legal que demuestre que tiene un Mandato. Colóquelo con este formulario.

PARTE D: RAZÓN POR LA QUE QUIERE COMPARTIR SUS REGISTROS			
<input type="checkbox"/> Por las razones que se muestran en este formulario <input type="radio"/> Razones especiales:			
PARTE E: REVÍSELO Y FIRME			
Una vez firme y envíe el formulario, será válido durante: <input type="checkbox"/> Un año a partir del día en el que firme el formulario <input type="radio"/> Antes de un año y en la fecha, evento o razón que se muestra			
He leído cada parte de este formulario. Sé, acepto y permitiré que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico Medicaid use y entregue mis registros según lo indiqué anteriormente. También sé que firmé este formulario bajo mi propia voluntad. Sé que no es necesario que firme este formulario para obtener tratamiento o pago o para inscribirme o recibir los beneficios. Tengo derecho a retractarme de lo que acepté en este formulario en cualquier momento. Le indicaré a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico Medicaid por escrito que lo estoy haciendo. Sé que retractarme no cambiará ninguna acción que se haya tomado antes de que yo lo haga. También sé que cualquier registro que una persona o grupo reciba (que yo haya aceptado) se puede entregar. Si sucede esto, los registros podrían ya no estar protegidos bajo la Regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).			
Firma del asegurado (Si el asegurado es menor de edad, la firma del padre)		Fecha	
X		_ _ _ _	
Usted tiene derecho a guardar una copia de este formulario después de llenarlo. Haga una copia para sus registros. Devuelva este formulario completo en el sobre que le enviamos junto con este formulario.			
TUTOR O PERSONA LEGAL NOMBRADA			
Si hay una persona que esté firmando por el asegurado, (alguien que se encargue del asegurado), necesitamos que se llenen estos formularios: Una copia del mandato de atención médica, general o duradero. <input type="radio"/> Proporcionar una orden del tribunal u otra prueba que demuestre que alguien más tiene derecho legal para cuidar de una persona. Otra prueba pueden ser los formularios legales que demuestren que, por ley, alguien puede actuar en nombre del asegurado. Complete las casillas a continuación:			
Representante legal del asegurado (escriba el nombre completo en letra de molde)		Relación del representante legal con el asegurado	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
			_ _ _
Firma		Fecha	
X		_ _ _	

Devuelva el formulario completo a:
 Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
 Medicaid
 PO Box 650044
 Dallas, TX 75266-0044

Sólo para uso interno:
 Número de seguimiento de la consulta

A continuación encontrará algunos ejemplos de formularios legales. Estos se utilizan cuando una persona necesita que alguien más tome decisiones por ella.

- **Mandato de atención médica, general o duradero.** Este formulario le da a alguien la facultad legal para actuar en su nombre. Esta persona puede tomar decisiones de cuidado de la salud por usted. Podría decir esto en el formulario: “para hacerse cargo de mi persona en el caso de una enfermedad de cualquier clase”. También podría decir esto “y en general, para hacer y actuar en mi nombre y por mí en todo lo que yo podría hacer si no estoy allí”.
- **Tutela legal.** Esto es cuando el tribunal nombra a alguien para cuidar de una persona.
- **Custodia.** Esto ocurre cuando un juez nombra a una persona para que esté a cargo. Esto sería cuando una persona no puede tomar decisiones por sí misma.
- **Albacea del patrimonio.** Este tipo de formulario se utilizaría cuando la persona por la cual se habla, ha fallecido.



Formulario de autorización del asegurado

Este formulario tiene que llenarlo un asegurado. Permite a la persona o compañía ver los registros del asegurado. Escriba tanto sobre usted mismo como pueda. Si necesita ayuda, consulte la carta que acompaña este formulario. Le mostrará cómo llenar cada parte. También, puede llamar al número que aparece en su tarjeta de identificación de asegurado.

PARTE A: ASEGURADO

Apellido del asegurado	Nombre del asegurado	ISN	Fecha de nacimiento del asegurado
Dirección del asegurado	Ciudad	Estado	Código postal

PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS REGISTROS

Las personas o compañías que se mencionan y están marcadas a continuación, tienen derecho a ver mis registros. (Tienen que ser mayores de 18 años). Marque cada casilla que aplique. Escriba los nombres y apellidos.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (Si es mayor de 18 años, escriba los nombres y apellidos)
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (El nombre y apellido si lo tiene. Este podría ser una persona o el nombre de la compañía. También escriba qué relación tiene esa persona o la compañía con usted).

PARTE C: MIS REGISTROS

Permitiré que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico comparta los registros a continuación (marque solo una casilla):

Todos mis registros de salud. Todos mis registros de salud. Esto pueden ser registros sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamos, nombres de médicos u otros proveedores de servicios de salud. Los registros también pueden ser sobre dinero (como facturación y banca). Si marca esta casilla no significa que otras personas podrán ver registros confidenciales (muy personales) a menos que acepte más adelante. **O**

Solo algunos registros (marque todos los que apliquen en su caso)

- Apelación
- Beneficios y cobertura
- Facturas
- Reclamos y pago
- Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud)
- Elegibilidad
- Médico y hospital
- Registros del médico
- Áreas de dinero
- Certificación previa y autorización previa (para aprobaciones de tratamientos). Esto es cuando le damos la aprobación para un tratamiento.
- Referencia (cuando su médico principal dice que está bien consultar a un médico especialista para cierto tratamiento)
- Tratamiento
- Dental
- Vista
- Farmacia
- Otro: _____

También permitiré que BCBSNM comparta este tipo de registros confidenciales (muy personales) a continuación. Marque todas las casillas que apliquen en su caso.

Todos los registros confidenciales a continuación

- O**
- Solo algunos registros acerca de los temas marcados a continuación:**
 - Aborto
 - Abuso (sexual/físico/mental)
 - Alcohol y abuso de drogas*
 - Prueba de genes
 - VIH o SIDA
 - Estar embarazada
 - Salud mental
 - Enfermedades sexuales transmitidas a otras personas
 - Otro: _____



*Sé que mis registros de abuso de drogas y alcohol están protegidos bajo las leyes y reglas federales y del estado. Este formulario mantendrá privados estos registros. No se pueden entregar registros sin que yo lo haya aprobado por escrito. Esto es a menos que se indique en las leyes y reglas. También sé que puedo retractarme del hecho de haber aceptado esto en cualquier momento, o según se indica más adelante en la Parte E. Sé que no puedo cancelar este formulario firmado después de que hayamos entregado sus registros de salud.

PARTE D: RAZÓN POR LA QUE QUIERE COMPARTIR SUS REGISTROS

Por las razones que se muestran en este formulario

O

Razones especiales:

PARTE E: REVÍSELO Y FIRME

Una vez firme y envíe el formulario, será válido durante:

Un año a partir del día en el que firme el formulario

O

Antes de un año y en la fecha, evento o razón que se muestra

He leído cada parte de este formulario. Sé, acepto y permitiré que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico use y entregue mis registros según lo indiqué anteriormente. También sé que firmé este formulario bajo mi propia voluntad. Sé que no es necesario que firme este formulario para obtener tratamiento o pago o para inscribirme o recibir los beneficios.

Tengo derecho a retractarme de lo que acepté en este formulario en cualquier momento. Le indicaré a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico por escrito que lo estoy haciendo.

Sé que retractarme no cambiará ninguna acción que se haya tomado antes de que yo lo haga. También sé que cualquier registro que una persona o grupo reciba (que yo haya aceptado) se puede entregar. Si sucede esto, los registros podrían ya no estar protegidos bajo la Regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Firma del asegurado (Si el asegurado es menor de edad, la firma del padre)

X

Fecha

| | | | |

Usted tiene derecho a guardar una copia de este formulario después de llenarlo. Haga una copia para sus registros. Devuelva este formulario completo en el sobre que le enviamos junto con este formulario.

TUTOR O PERSONA LEGAL NOMBRADA

Si hay una persona que esté firmando por el asegurado, (alguien que se encargue del asegurado), necesitamos que se llenen estos formularios: Una copia del mandato de atención médica, general o duradero.

O

Proporcionar una orden del tribunal u otra prueba que demuestre que alguien más tiene derecho legal para cuidar de una persona. Otra prueba pueden ser los formularios legales que demuestren que, por ley, alguien puede actuar en nombre del asegurado. Complete las casillas a continuación:

Representante legal del asegurado (escriba el nombre completo en letra de molde)		Relación del representante legal con el asegurado	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma			Fecha
X			



BlueCross BlueShield
of New Mexico

Devuelva el formulario completo a:
Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
PO Box 660044
Dallas, TX 75266-0044

Solo para uso interno:

Número de seguimiento de la
consulta

PO Box 650712 Dallas, TX 75265-0712 • 1-866-689-1523
Such services are funded in part with the State of New Mexico.

bcbsnm.com

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al **1-866-689-1523**.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: **1-855-664-7270** (correo de voz)
TTY/TDD: **1-855-661-6965**
Fax: **1-855-661-6960**
Correo electrónico: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, el Coordinador de Derechos Civiles está a sus órdenes.

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**
TTY/TDD: **1-800-537-7697**
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbsnm.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice.



ATTENTION: If you speak another language, 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 1-866-689-1523 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-689-1523 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-689-1523 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.
中文 Chinese	注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-866-689-1523 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-689-1523 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-689-1523 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસીયલ સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-866-689-1523 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-689-1523 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-866-689-1523 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-689-1523 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłt'ígogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hólq. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hólq. Kohjí' 1-866-689-1523 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
فارسی Farsi	توجه: اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 855-710-6984 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.



Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-689-1523 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-689-1523 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-689-1523 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-866-689-1523 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-689-1523 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.