

Vigente a partir del 1 de octubre de 2025

Esta información importante explica cómo ha cambiado su cobertura con respecto a la descrita en la versión anterior del Manual del Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Algunos cambios entrarán en vigencia a partir del 1 de octubre de 2025 y otros a partir del 20 de octubre de 2025.

No es necesario que tome ninguna medida en respuesta a este documento, pero le recomendamos que conserve esta información para consultarla en el futuro.

El objetivo de este aviso es informarle que hay cambios en su Manual del Miembro. A continuación, encontrará la información que describe estos cambios. Conserve esta información como referencia.

Puede encontrar el Manual del Miembro en www.amerihealthcaritasnh.com/handbook. Si necesita una copia física del Manual del Miembro o de este Anexo al Manual del Miembro, llame a Servicios al Miembro para que le envíen una copia por correo sin costo alguno.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**, **las 24 horas del día, los siete días de la semana.**

Cambios en su Manual del Miembro:

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro <i>En la página 64, en la Sección 4.3 (Beneficios adicionales ofrecidos por el plan)</i>	
Información sobre beneficio nuevo:	Nueva recompensa de la tarjeta CARE - \$25 Prueba de detección del cáncer de cuello uterino (citología vaginal) para mujeres de 21 a 64 años según lo recomendado por su proveedor.
¿Qué significa esto para usted?	Esta es una nueva recompensa disponible para ganar al completar revisiones de rutina y recibir atención recomendada. Visite www.amerihealthcaritasnh.com/carecard para ver la lista completa de las posibles recompensas.
Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro <i>En la página 65, en la Sección 4.3 (Beneficios adicionales ofrecidos por el plan)</i>	
Información original	Transporte para viajes sociales: 12 viajes de un solo trayecto hacia o desde lugares en su comunidad como eventos en nuestro Centro de bienestar y oportunidades o a entrevistas de trabajo, exámenes, bancos de alimentos y más (límite de 30 millas por trayecto).
Información sobre beneficio nuevo:	Transporte para viajes sociales: 14 viajes de un solo trayecto hacia o desde lugares en su comunidad como eventos en nuestro Centro de



	bienestar y oportunidades o a entrevistas de trabajo, exámenes, bancos de alimentos, lavanderías y más (límite de 30 millas por trayecto).
¿Qué significa esto para usted?	La cantidad de viajes cubiertos por trayecto con fines no médicos aumentó de 12 a 14 y se incluyó las lavanderías como un destino calificado.
Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro En la página 65, en la Sección 4.3 (<i>Beneficios adicionales ofrecidos por el plan</i>)	
Información original	<p>Beneficio flexible para apoyar la recuperación: los miembros pueden recibir un crédito de hasta \$500 para acceder a servicios alternativos de apoyo basado en pares para la recuperación disponibles después de completar un programa de tratamiento residencial para trastornos por consumo de sustancias no hospitalario.</p> <p>Los servicios disponibles están sujetos a un límite de por vida de \$500, y algunos también están sujetos al límite de incentivo anual de \$250. Los servicios incluyen atención de quiropráctico, acupuntura y transporte. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730) o consulte el sitio web.</p>
Información sobre beneficio nuevo:	<p>Beneficio flexible para apoyar la recuperación: los miembros que hayan completado un programa de tratamiento residencial no hospitalario de trastornos por consumo de sustancias pueden recibir los siguientes servicios (con un valor de por vida máximo de hasta \$500):</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica, acupuntura y terapia de masajes disponibles en el centro residencial u otro proveedor de la red.• Comidas a domicilio• Beneficios de transporte para una visita familiar en el centro de tratamiento con internación y para acceder a los servicios de recuperación en la comunidad.
¿Qué significa esto para usted?	Esto amplía los servicios que ya están disponibles, como comidas a domicilio y transporte, y ahora incluye los masajes dentro de este beneficio por hasta un máximo de por vida de \$500.
Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro En la página 65, en la Sección 4.3 (<i>Beneficios adicionales ofrecidos por el plan</i>)	
Información original:	(pueden aplicarse ciertas restricciones y limitaciones. Gane hasta \$250 en efectivo, o bienes y servicios que no sean en efectivo, cada año fiscal del estado que termina el 30 de junio).



Información nueva o corregida:	(pueden aplicarse ciertas restricciones y limitaciones. En servicios que no estén relacionados con la atención preventiva anual, gane hasta \$250 en efectivo, o bienes y servicios que no sean en efectivo, cada año fiscal estatal que termina el 30 de junio).
¿Qué significa esto para usted?	<p>Recompensas ganadas en la tarjeta CARE cuando se recibe atención preventiva (p. ej., mamografías, vacunas, revisiones anuales) no se toman en cuenta respecto al máximo de \$250 cada año. Podría ganar potencialmente más de \$250 en efectivo o bienes y servicios que no sean en efectivo cada año fiscal estatal que termina el 30 de junio.</p> <p>Otras recompensas otorgadas por actividades como seguir tomando los medicamentos recetados o asistir a una reunión de la Junta Asesora de Miembros se toman en cuenta respecto al máximo de \$250 en efectivo y servicios que no sean en efectivo cada año fiscal estatal que termina el 30 de junio.</p>
Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro <i>En la página 54, en la Sección 4.2 (Cuadro de beneficios)</i>	
Información original:	<p>Medicamentos bajo receta</p> <p>El plan cubre los medicamentos bajo receta (y los de venta libre con receta) incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan aprobada por el NH DHHS. Podrían aplicar normas y restricciones sobre la cobertura de medicamentos.</p> <p>Copago en farmacias minoristas</p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$1 por cada medicamento recetado preferido o aprobado no preferido para un suministro de hasta 34 días.• Copago de \$1 por un medicamento bajo receta que no esté identificado como preferido ni como no preferido.• Copago de \$2 por cada medicamento bajo receta no preferido (si el proveedor que lo receta determina que un medicamento preferido será menos eficaz o tendrá efectos adversos para el miembro, el copago será de \$1). <p>Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos bajo receta, consulte el Capítulo 7 (<i>Cómo obtener medicamentos bajo receta cubiertos</i>).</p>



Información nueva o corregida:	Medicamentos bajo receta El plan cubre los medicamentos bajo receta (y los de venta libre con receta) incluidos en la lista de medicamentos cubiertos del plan aprobada por el NH DHHS. Podrían aplicar normas y restricciones sobre la cobertura de medicamentos. Copago en farmacias minoristas <ul style="list-style-type: none">• \$4 de copago para un suministro de hasta 34 días Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos bajo receta, consulte el Capítulo 7 (<i>Cómo obtener medicamentos con receta cubiertos</i>).
¿Qué significa esto para usted?	A partir del 20 de octubre de 2025 , se le cobrará un copago de \$4 en la farmacia por los medicamentos recetados cubiertos, a menos que la categoría de la receta esté exenta o que usted pertenezca a una de las categorías de miembros exentos. Para obtener más información sobre quiénes están exentos de los copagos, consulte la Sección 7.7 (<i>Copagos de medicamentos con receta: Miembros exentos de copagos</i>) a continuación.
Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro <i>En la página 78, en la Sección 7.1 (Reglas y restricciones sobre la cobertura de medicamentos)</i>	
Información original:	Restricciones de cobertura de medicamentos Las restricciones de la lista de medicamentos descritas en esta sección incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Restringir el acceso a los medicamentos de marca cuando exista una versión genérica del medicamento.• Exigir a autorización previa del plan.• Exigirle que pruebe primero un medicamento diferente pero similar (“terapia escalonada”).• Imponer límites a la cantidad de los medicamentos bajo receta.
Información nueva o corregida:	Restricciones de cobertura de medicamentos



	<p>Las restricciones de la lista de medicamentos descritas en esta sección incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Restringir el acceso a medicamentos genéricos no preferidos cuando la versión de marca del medicamento sea preferida.• Exigir a autorización previa del plan.• Exigirle que pruebe primero un medicamento diferente pero similar (“terapia escalonada”).• Imponer límites a la cantidad de los medicamentos bajo receta.
¿Qué significa esto para usted?	<p>A partir del 1 de octubre de 2025, para las recetas cubiertas nuevas o renovadas, se puede exigir la entrega de un medicamento de marca preferido en lugar de un medicamento genérico no preferido.</p>
<p>Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro <i>En la página 78, en la Sección 7.1 (Reglas y restricciones sobre la cobertura de medicamentos)</i></p>	
Información original:	<p>Restringir el acceso a los medicamentos de marca cuando exista una versión genérica.</p> <p>Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. En la mayoría de los casos, cuando se disponga de una versión genérica de un medicamento de marca y se haya demostrado su eficacia para la mayoría de las personas con su afección, las farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica. Por lo general, no cubriremos el medicamento de marca cuando esté disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos informa sobre la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará en su caso, el plan cubrirá el medicamento de marca.</p>
Información nueva o corregida:	<p>Restringir el acceso a los medicamentos de marca no preferidos cuando exista una versión genérica preferida.</p> <p>Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. En la mayoría de los casos, cuando se dispone de una versión genérica de un medicamento de marca y se ha demostrado su eficacia para la mayoría de las personas con su afección, las farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica. Algunas veces, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica. Para obtener más información sobre la cobertura, consulte el listado de medicamentos preferidos del plan. Sin embargo, si su proveedor</p>



	nos informa sobre la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará en su caso, el plan cubrirá el medicamento de marca.
¿Qué significa esto para usted?	A partir del 1 de octubre de 2025 , para las recetas cubiertas nuevas o renovadas, se puede exigir la entrega de un medicamento de marca preferido en lugar de un medicamento genérico no preferido.



Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro <i>En la página 83, en la Sección 7.7 (Copagos de medicamentos con receta)</i>	
Información original:	<p>Puede ser necesario un copago por cada receta.</p> <p>Se le cobrará un copago en la farmacia por los medicamentos recetados cubiertos, a menos que la categoría de la receta esté exenta o que usted pertenezca a una de las categorías de miembros exentos, como se describe a continuación (véase <i>Miembros exentos de copagos</i>).</p> <p>Un “copago” es el monto fijo que puede pagar cada vez que surta y renueve una receta. Los montos de los copagos de los medicamentos recetados están sujetos a cambios.</p> <p>Para conocer los montos de los copagos de los medicamentos bajo receta, consulte la Sección 4.2 (Cuadro de beneficios, véase <i>Medicamentos con receta</i>).</p>
Información nueva o corregida:	<p>Puede ser necesario un copago por cada receta.</p> <p>Se le cobrará un copago en la farmacia por los medicamentos recetados cubiertos, a menos que la categoría de la receta esté exenta o que usted pertenezca a una de las categorías de miembros exentos, como se describe a continuación (véase <i>Miembros exentos de copagos</i>).</p> <p>Un “copago” es el monto fijo que puede pagar cada vez que surta y renueve una receta. Los montos de los copagos de los medicamentos recetados están sujetos a cambios.</p> <p>Para conocer los montos de los copagos de los medicamentos bajo receta, consulte la Sección 4.2 (Cuadro de beneficios, véase <i>Medicamentos con receta</i>).</p> <p>Cuando esté sujeto a copagos de Medicaid y otros gastos de bolsillo por servicios cubiertos, incluyendo medicamentos con receta, no pagará más del cinco por ciento (5%) de su ingreso familiar cada trimestre (enero-marzo, abril-junio, etc.).</p> <p>Por ejemplo: Si en su familia ganan \$6000 cada trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none">• 5% de eso es \$300.



	<ul style="list-style-type: none">• Una vez que haya pagado \$300 de su bolsillo en ese trimestre, no pagará nada más por los medicamentos con receta hasta el próximo trimestre. <p>Lleve un registro de sus recibos. Si ha alcanzado el límite por ingreso familiar para el trimestre, llame al Centro de Atención al Cliente de New Hampshire Medicaid, llamada gratuita al 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (acceso a TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del Este.</p>
¿Qué significa esto para usted?	<p>Se le cobrará un copago de \$4 en la farmacia por los medicamentos recetados cubiertos, a menos que la categoría de la receta esté exenta o que usted pertenezca a una de las categorías de miembros exentos.</p> <p>Si le piden cubrir un copago de Medicaid u otro gasto de bolsillo por servicios cubiertos, tenga un registro de los recibos. Cuando haya alcanzado el límite del 5% del ingreso familiar para el trimestre, llame al Centro de Atención al Cliente de New Hampshire Medicaid, llamada gratuita al 1-844-ASK-DHHS (1-844-275-3447) (acceso a TDD: 1-800-735-2964), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del Este.</p> <p>Para obtener más información sobre quiénes están exentos de los copagos, consulte la Sección 7.7 (Copagos de medicamentos con receta: <i>Miembros exentos de copagos</i>) a continuación.</p>
Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro <i>En la página 84, en la Sección 7.7 (Copagos de medicamentos con receta)</i>	
Información original:	<p>Miembros exentos de copagos</p> <p>El NH DHHS determina si usted está exento de los copagos de las recetas médicas.</p> <p>No tiene que pagar un copago si:</p> <ul style="list-style-type: none">• Está por debajo del umbral de ingresos designado (100% del nivel federal de pobreza o por debajo).• Es menor de 18 años.



	<ul style="list-style-type: none">• Está en un centro de enfermería o en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual.• Participa en uno de los programas de exención de atención domiciliaria y comunitaria (HCBC).• Está embarazada y recibe servicios relacionados con su embarazo o cualquier otra afección que pueda complicar su embarazo.• Está recibiendo servicios por afecciones relacionadas con su embarazo y su receta médica se surte o renueva dentro de los 60 días posteriores al mes en que termina su embarazo.• Está en el Programa de Cáncer de Mama y Cuello Uterino.• Está recibiendo cuidados paliativos.• Usted es nativo americano o nativo de Alaska.
Información nueva o corregida:	<p>Miembros exentos de copagos</p> <p>El NH DHHS determina si usted está exento de los copagos de las recetas médicas.</p> <p>No tiene que pagar un copago si:</p> <ul style="list-style-type: none">• Está por debajo del umbral de ingresos designado (100% del nivel federal de pobreza o por debajo).• Es menor de 18 años.• Está en un centro de enfermería o en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual.• Participa en uno de los programas de exención de atención domiciliaria y comunitaria (HCBC).• Está embarazada y recibe servicios relacionados con su embarazo o cualquier otra afección que pueda complicar su embarazo.• Está recibiendo servicios por afecciones relacionadas con su embarazo y su receta médica se surte o renueva dentro de los 12 meses posteriores al mes en que termina su embarazo.• Está en el Programa de Cáncer de Mama y Cuello Uterino.• Está recibiendo cuidados paliativos.• Usted es nativo americano o nativo de Alaska.



¿Qué significa esto para usted?	Para afecciones relacionadas con el embarazo, las miembros están exentas del copago de medicamentos recetados hasta por 12 meses después del mes en que terminó el embarazo. Anteriormente, era por 60 días.
--	---

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro <i>Páginas 19, 99, 101, 102, 108, en las secciones 2.10, 10.4, 10.5, 10.6 (Cómo presentar una apelación/queja formal), 12 (Avisos legales)</i>	
Información original:	Contacte a la Unidad de Apelaciones Administrativas/Mediador (AAU) del NH DHHS 1-800-852-3345, ext. 16941
Información nueva o corregida:	Contacte a la Unidad de Apelaciones Administrativas/Mediador (AAU) del NH DHHS 1-800-852-3345, opción 1
¿Qué significa esto para usted?	No hay extensión para este número, ahora deberá seleccionar la opción 1 para ponerse en contacto con la oficina de la AAU o el Mediador.

Dónde puede encontrar los cambios en su Manual del Miembro <i>En la página 48, en la Sección 4.2 (Cuadro de beneficios)</i>	
Información original:	También se ofrecen servicios adicionales relacionados con la maternidad a través de los programas Home Visiting NH y Servicios Integrales de Apoyo a la Familia. Para obtener más información sobre estos programas, llame a la División de Servicios de Salud Pública de NH al 1-800-852-3345, ext. 14501.
Información nueva o corregida:	También se ofrecen servicios adicionales relacionados con la maternidad a través de los programas Home Visiting NH y Servicios Integrales de Apoyo a la Familia. Para obtener más información sobre estos programas, llame a la División de Servicios de Salud Pública de NH al 1-800-852-3345, opción 2.
¿Qué significa esto para usted?	No hay extensión para este número, ahora deberá seleccionar la opción 2 para ponerse en contacto con la División de Servicios de Salud Pública de NH.

La discriminación es ilegal

AmeriHealth Caritas New Hampshire cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de edad; raza; color; etnia; origen nacional o ascendencia; discapacidad mental o física; orientación o preferencia sexual o afectiva; identidad de género; estado civil; información genética; fuente de pago; sexo, incluidos estereotipos sexuales, características sexuales y rasgos intersexuales; embarazo o afecciones relacionadas; credo; religión; situación o historial médico o de salud mental; necesidad de servicios de atención médica; monto pagadero a AmeriHealth Caritas New Hampshire sobre la base de la clase actuarial de una persona o miembro elegible o afecciones preexistentes; ya sea que el miembro haya ejecutado o no una última voluntad médica; o cualquier otra situación protegida por la ley federal o estatal.

AmeriHealth Caritas New Hampshire brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades. Algunos ejemplos de estas ayudas y servicios incluyen intérpretes calificados en lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Brindamos servicios de idiomas gratuitos, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, a personas con dominio limitado del inglés o cuyo idioma principal no es el inglés.

Si necesita estos servicios, comuníquese con AmeriHealth Caritas New Hampshire las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Si cree que AmeriHealth Caritas New Hampshire no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera, usted o su representante autorizado (si tenemos su autorización por escrito en el archivo) pueden presentar una queja formal ante:

AmeriHealth Caritas New Hampshire Grievances
1557 / Civil Rights Coordinator
P.O. Box 7389
London, KY 40742-7389
Teléfono: **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**)
Correo electrónico: **acfcgrievances@amerihealthcaritas.com**
www.amerihealthcaritasnh.com

- También puede presentar una queja formal por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire está disponible para ayudarlo. Puede comunicarse con Servicios al Miembro las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

También puede presentar una queja por discriminación a través de la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) que ha sido designada para coordinar las iniciativas de cumplimiento de los derechos civiles de NH DHHS del Departamento: State of New Hampshire, Department of Health and Human Services, Office of the Ombudsman
129 Pleasant Street
Concord, NH 03301-3857
1-603-271-6941 o **1-800-852-3345 ext. 16941**
Fax: **1-603-271-4632**, (TTY **1-800-735-2964**)
Correo electrónico: **ombudsman@dhhs.nh.gov**

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** o por correo postal o teléfono:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019 (TTY **1-800-537-7697**)

Los formularios de quejas están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Attention: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-833-704-1177** (TTY **1-855-534-6730**).

Servicios de intérpretes multilingües

English – Attention: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. **Call 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Spanish – Atención: si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. **Llame al 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

French – Attention: Si vous ne parlez pas l'anglais, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. **Appelez au 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Chinese (Mandarin) – 注意: 如果您不会说英语, 我们可为您提供免费语言援助服务。 **请致电 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)。**

Nepali – ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं अंग्रेजी बोल्नुहुँदैन भने, भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क उपलब्ध छन्। **निम्नमा फोन गर्नुहोस्: 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)।**

Vietnamese – Chú ý: Nếu bạn không nói tiếng Anh, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. **Gọi số 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Portuguese – Atenção: se você não fala inglês, serviços de assistência linguística estão disponíveis gratuitamente. **Ligue para 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Dari –
توجه: اگر به لسان انگلیسی گپ نمیزنید، خدمات مساعدت لسانی به صورت رایگان به شما ارایه میشود. **با نمبر 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730) به تماس شوید.**

Arabic –
ملحوظة: إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك مجاناً. **اتصل بالرقم 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Braille or large print – Attention: If you need materials in large print or Braille, they can be sent to you at no cost. Please **call 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Ukrainian – Увага: Якщо ви не розмовляєте англійською мовою, вам доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. **Зателефонуйте за номером 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Swahili – Onyo: Kama hauzungumuzi lugha ya Kingereza, unaweza pata huduma ya kutafsiri lugha bila kulipa. **Piga simu ku 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Kinyarwanda – icyitonderwa: Niba utavuga icyongereza, uhabwa serivise z'ubufasha bw'indimi nta kiguzi utanze. **Hamagara kuri 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Russian – Внимание: если вы не говорите по-английски, то вам доступны бесплатные услуги перевода. **Звоните 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Haitian Creole – Atansyon: Si w pa pale anglè, gen sèvis ki gratis ki disponib pou ede w nan lang pa w. **Rele nan 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).**

Urdu –
متوجه ہوں: اگر آپ انگریزی زبان نہیں بولتے تو آپ کے لئے زبان کی معاونت کی خدمات بلامعاوضہ دستیاب ہیں۔ **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730) پر کال کریں۔**

Pashto –
توجه وکړئ: که تاسو په انګلیسي نه پوهیږئ، تاسو لپاره د ژبي د مرستې وړیا خدمتونه شتون لري. **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730) ته زنگ ووهئ.**