

ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare

(Medicare Savings Programs)

ໂຄງການ Medicaid ຂອງ Wisconsin ອາດຈະສາມາດຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍບາງຢ່າງໄດ້ ຖ້າທ່ານມີສິດລົງທະບຽນໃນ Medicare Savings Program (ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare). Medicare Savings Programs (ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare) ແມ່ນສໍາລັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ແລະ ຜູ້ມີລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນສາມາດນັບໄດ້ຈໍາກັດ. ເບິ່ງຕາຕະລາງສໍາລັບຂີດຈໍາກັດລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນເຫຼົ່ານີ້.

ຖ້າທ່ານມີສິດລົງທະບຽນ, Medicaid ອາດຈະຈ່າຍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນອກແຜນຂອງທ່ານສໍາລັບ Medicare ພາກ A (ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນໂຮງໝໍ), ພາກ B (ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບແພດ), ຫຼື [ພາກ B-ID](#) (ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາພູມຄຸ້ມກັນສໍາລັບຜູ້ທີ່ເປັນພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍທີ່ Medicare ສິ້ນສຸດລົງ 36 ເດືອນ ຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດໝາກໄຂ່ຫຼັງ) ຂຶ້ນກັບໂຄງການ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດໃດຂອງ Medicare ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

Qualified Medicare Beneficiary (ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ທີ່ມີເງື່ອນໄຂ) (QMB)

ມີທໍາອິດຂອງເດືອນຫຼັງຈາກໃບສະໝັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, Medicaid ຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ A ແລະ B ຫຼື ພາກ B-ID, ເງິນອຸດໜູນ ແລະ ການປະກັນໄພຮ່ວມຖ້າມີ ທັງໝົດຕໍ່ໄປນີ້:

- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ພາກ A ຫຼື ພາກ B-ID.
- ທ່ານມີຊັບສິນທີ່ສາມາດນັບໄດ້ຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າຂີດຈໍາກັດໂຄງການ.
- ທ່ານມີລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າ 100% ຂອງ federal poverty level (ລະດັບຄວາມທຸກຍາກລັດຖະບານກາງ) (FPL) ຫຼັງຈາກສິນເຊື່ອສະເພາະຖືກນໍາໃຊ້.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary (ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ມີລາຍຮັບຕໍ່າຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້) (SLMB)

ເຖິງສາມເດືອນກ່ອນວັນທີສະໝັກຂອງທ່ານ, Medicaid ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ B ຫຼື ພາກ B-ID ຖ້າມີ ທັງໝົດ ຕໍ່ໄປນີ້:

- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ພາກ A ຫຼື ພາກ B-ID.
- ທ່ານມີຊັບສິນທີ່ສາມາດນັບໄດ້ຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າຂີດຈໍາກັດໂຄງການ.
- ທ່ານມີລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນສາມາດນັບໄດ້ຢູ່ລະຫວ່າງ 100% ຫາ 120% ຂອງ FPL ຫຼັງຈາກສິນເຊື່ອສະເພາະຖືກນໍາໃຊ້.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ມີລາຍຮັບຕໍ່າຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ເພີ່ມ) (SLMB+)

ເຖິງສາມເດືອນກ່ອນວັນທີສະໝັກຂອງທ່ານ, Medicaid ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ B ຫຼື ພາກ B-ID ຖ້າມີ ທັງໝົດ ຕໍ່ໄປນີ້:

- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ພາກ A ຫຼື ພາກ B-ID.
- ທ່ານມີຊັບສິນທີ່ສາມາດນັບໄດ້ຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າຂີດຈໍາກັດໂຄງການ.
- ທ່ານມີລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນສາມາດນັບໄດ້ຢູ່ລະຫວ່າງ 120% ຫາ 135% ຂອງ FPL ຫຼັງຈາກສິນເຊື່ອສະເພາະຖືກນໍາໃຊ້.
- ທ່ານບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicaid ເຕັມຜົນປະໂຫຍດ, Family Planning Only Services (ບໍລິການວາງແຜນຄອບຄົວເທົ່ານັ້ນ) ຫຼື Tuberculosis-Related Only Services (ບໍລິການກ່ຽວຂ້ອງກັບວັນນະໂລກເທົ່ານັ້ນ).

Qualified Disabled and Working Individual (ບຸກຄົນພິການ ແລະ ເຮັດວຽກມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ) (QDWI)

ໄດ້ເຖິງສາມເດືອນກ່ອນວັນທີການສະໝັກຂອງທ່ານ, Medicaid ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພພາກ A, ຖ້າສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ທັງໝົດນໍາໄປໃຊ້:

- ທ່ານພິການ ແລະມີວຽກເຮັດ.
- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ພາກ A.
- ທ່ານມີຊັບສິນທີ່ສາມາດນັບໄດ້ຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕໍ່າກວ່າຂີດຈໍາກັດໂຄງການ.
- ທ່ານມີລາຍຮັບປະຈໍາເດືອນສາມາດນັບໄດ້ໜ້ອຍກວ່າ 200% ຂອງ FPL ຫຼັງຈາກສິນເຊື່ອສະເພາະຖືກນໍາໃຊ້.
- ທ່ານບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicaid.

ຂີດຈຳກັດລາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນຂອງປີ 2026*

ຂະໜາດກຸ່ມ	100% ຂອງ FPL	120% ຂອງ FPL	135% ຂອງ FPL	200% ຂອງ FPL
1	\$1,330.00	\$1,596.00	\$1,795.50	\$2,660.00
2	\$1,803.33	\$2,164.00	\$2,434.50	\$3,606.66

ຂີດຈຳກັດຊັບສິນປີ 2026*

ຂະໜາດກຸ່ມ	QMB, SLMB, SLMB+ ຂີດຈຳກັດຊັບສິນ	QDWI ຂີດຈຳກັດຊັບສິນ
1	\$9,950	\$4,000
2	\$14,910	\$6,000

*ບໍ່ແມ່ນວ່າທຸກລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບສິນຂອງທ່ານຈະຖືກນັບໃນການກຳນົດວ່າທ່ານສາມາດລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare Savings Programs (ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare) ໄດ້ຫຼືບໍ່. ລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບສິນອາດຈະປ່ຽນແປງໃນແຕ່ລະປີ. ການຈຳກັດລາຍຮັບ ແລະ ຊັບສິນອາດຈະປ່ຽນແປງໃນແຕ່ລະປີ. ສຳລັບລາຍຮັບໃນປັດຈຸບັນ ແລະ ຊັບສິນຈຳກັດ, ກະລຸນາໂທຫາ 800-362-3002 ຫຼື ໄປທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/fpl.htm.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare Savings Programs (ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare) ຢູ່ແລ້ວ

Medicaid ຄວນຈະຈ່າຍຄ່າ Medicare ພາກ A ແລະ B ຂອງທ່ານແລ້ວ (ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສະໜັກຂໍເອົາຜົນປະໂຫຍດຂອງ Medicare Savings Program (ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare)) ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ Medicare ແລະ Medicaid ແລະ ທັງສອງອັນຕໍ່ໄປນີ້ໃຊ້ກັບທ່ານ:

- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຄງການ Supplemental Security Income (ລາຍຮັບປະກັນເສີມ) (SSI) ແລ້ວ.
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ SSI ແຕ່ເສຍມັນຍ້ອນເຫດຜົນອື່ນໜຶ່ງເຫຼົ່ານີ້:
 - ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບ Old Age Survivors Disability Insurance (ປະກັນໄພຄວາມພິການຜູ້ລອດຊີວິດສູງອາຍຸ) (OASDI).
 - ທ່ານເປັນເດັກຜູ້ໃຫຍ່ພິການຂອງພໍ່ແມ່ຜູ້ເສຍຊີວິດ ຫຼື ພິການ, ເຮັດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການຈ່າຍຄ່າ Social Security (ປະກັນສັງຄົມ) ເພີ່ມຂຶ້ນ ຫຼື ລິເລີ່ມທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບ SSI.
 - ທ່ານເປັນຄູ່ສົມລົດທີ່ພິການ ຫຼື ສູງອາຍຸຂອງຄົນຜູ້ທີ່ເສຍຊີວິດ, ເຮັດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Social Security (ປະກັນສັງຄົມ) ທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບ SSI.

ການຈ່າຍເງິນຈະເລີ່ມຕົ້ນເມື່ອໃດ?

ຖ້າທ່ານມີສິດລົງທະບຽນໃນ Medicare Savings Program (ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare), ອະນຸຍາດໃຫ້ຢ່າງໜ້ອຍສອງເດືອນ ເພື່ອເລີ່ມຕົ້ນການຈ່າຍເງິນ. ນີ້ແມ່ນເວລາທີ່ຈຳເປັນສຳລັບການປັບການຈ່າຍເງິນໂດຍ Wisconsin Medicaid, Medicare ແລະ Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ).

ເມື່ອ Medicaid ເລີ່ມຈ່າຍຄ່າ Medicare ຂອງທ່ານ, ການຈ່າຍເງິນ Social Security (ປະກັນສັງຄົມ) ຂອງທ່ານຈະເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການຈາກ Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ). Social Security Administration (ອົງການປະກັນສັງຄົມ) ຈະສົ່ງເງິນຄືນໃຫ້ແກ່ທ່ານສຳລັບການຈ່າຍເງິນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຫຼັງຈາກວັນທີທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Medicare Savings Program (ໂຄງການຝາກປະຢັດ Medicare).

ວິທີສະໝັກ

ທ່ານສາມາດສະໝັກທາງອອນລາຍໄດ້ຢູ່ທີ່ access.wi.gov, ຜ່ານທາງໂທລະສັບ, ທາງໄປສະນີ ຫຼື ດ້ວຍຕົວເອງກັບໜ່ວຍງານປະຈຳທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊອກຫາທີ່ຢູ່ ຫຼື ເບີໂທລະສັບສຳລັບໜ່ວຍງານຂອງທ່ານ, ໄປທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm ຫຼື ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 800-362-3002. ໜ່ວຍງານຂອງທ່ານຍັງສາມາດສົ່ງໃບສະໝັກ ແລະ ຄຳຕອບຕໍ່ຄຳຖາມໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບໃບສະໝັກ ຫຼື ໂຄງການເຫຼົ່ານີ້.

ຄຳຖາມ

Wisconsin ສະເໜີໃຫ້ຊັບພະຍາກອນຫຼາຍຢ່າງເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ເຂົ້າໃຈທາງເລືອກ ແລະ ແກ້ໄຂບັນຫາກ່ຽວຂ້ອງກັບຜົນປະໂຫຍດປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງພວກເຂົາ. ຊັບພະຍາກອນເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ຮັບການສະໜອງທຶນຜ່ານ [State Health Insurance Assistance Program \(ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ\) \(SHIP\)](#) ຂອງລັດຖະບານກາງ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ:

- ໂທຫາສາຍດ່ວນໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ Wisconsin Medigap ທີ່ເບີ 800-242-1060.
- ເຂົ້າໄປທີ່ www.dhs.wisconsin.gov/benefit-specialists/index.htm ເພື່ອຊອກຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານຜົນປະໂຫຍດທີ່ຮັບໃຊ້ເຂດປົກຄອງ ຫຼື ຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານພິການ ແລະ ຕ້ອງການເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ ຫຼື ຕ້ອງການໃຫ້ແປມັນເປັນພາສາອື່ນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ເບີ 844-201-6870 (ສຽງ) ຫຼື 711 (TTY). ບໍລິການແປພາສາທັງໝົດແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ສຳລັບຄຳຖາມກ່ຽວກັບສິດທິພົນລະເຮືອນ, ກະລຸນາໂທຫາ 608-267-4955 (ສຽງ) ຫຼື 711 (TTY).

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ) ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ

ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ (ລວມທັງ ການຖືພາ, ການລະບຸເພດ ແລະ ລິດຊະນິຍົມທາງເພດ). Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ) ບໍ່ຍົກເວັ້ນຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາແຕກຕ່າງຈາກຄົນອື່ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ.

Department of Health Services:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແກ່ບຸກຄົນທີ່ພິການ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບ, ເຊັ່ນ:
 - ນາຍພາສາໃບທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ.
 - ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ເຊັ່ນ ຕົວພິມໃຫຍ່, ເທັບບັນທຶກ, ຮູບແບບ ອິເລັກໂຕຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ).
- ໃຫ້ບໍລິການດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແກ່ບຸກຄົນທີ່ພິການຫຼັກຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນ:
 - ນາຍພາສາທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ.
 - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນໃນພາສາອື່ນ.

ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ຈົ່ງຕິດຕໍ່ Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

ຖ້າວ່າ ທ່ານເລືອກວ່າ Department of Health Services ບໍ່ໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຈຳແນກໃນທາງອື່ນ ໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງທຸກກັບ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, fax: 608-267-1434, dhsrcc@dhs.wisconsin.gov. ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ໂດຍທາງຈົດໝາຍ, ແຟກຊ໌, ຫຼື ອີເມວ. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຄຳຮ້ອງທຸກ, Department of Health Services civil rights coordinator ແມ່ນພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ນອກຈາກນີ້ ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງໄດ້ກັບທາງ U.S. Department of Health and Human Services (ກະຊວງປະຊາສົ່ງເຄາະແລະສຸຂະພາບຂອງສະຫະຣັດ), Office for Civil Rights (ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ), ໂດຍທາງອິເລັກໂຕຣນິກ ຜ່ານ Office for Civil Rights Complaint Portal, ຊຶ່ງມີໃຫ້ທິດເວັບໄຊ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ທາງໂທຣະສັບ ທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ພ້ອມຄຳຮ້ອງທຸກມີໃຫ້ທິດເວັບໄຊ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kantscht du ebber griegie as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p>Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>繁體中文 (Traditional Chinese) 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 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>