

កាលបរិច្ឆេទនៃសេវា
ឬលេខគណនី:
លេខ*: _____

ពាក្យស្នើសុំ ជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះ:
អក្សរកាត់របស់ FC: _____

ទម្រង់បែបបទនេះគឺជាពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យនានាដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើ។
ដើម្បីគ្រប់គ្រង
ការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាព ប្រសិនបើពាក្យស្នើសុំតែមួយនេះត្រូវបានអនុម័ត
អ្នកនឹងមានសិទ្ធិទទួល
បានជំនួយនៅមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗនៃ Northern Light Health ទាំងនេះ។ ពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួចរាល់របស់អ្នក
នឹងត្រូវចែករំលែកក្នុងចំណោមមន្ទីរពេទ្យទាំងនេះតាមតែច្បាប់អនុញ្ញាត ឬកម្រិតប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកជំងឺ/អ្នកដាក់ពាក្យ		ព័ត៌មានការងារ				មិនមានការងារធ្វើ?		
ឈ្មោះ:		ឈ្មោះនិយោជក:				កាលបរិច្ឆេទធ្វើការចុងក្រោយ:		
លេខសន្តិសុខសង្គម (ជាជម្រើស):	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:	កាលបរិច្ឆេទចូលធ្វើការ:						
		តួនាទីការងារ:				សូមពន្យល់:		
លេខទូរសព្ទផ្ទះ/ផ្ទះ:		លេខទូរសព្ទ:						
អាសយដ្ឋាន:		អាសយដ្ឋាន:						
អ៊ីមែល (ជាជម្រើស):		ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ (ជាជម្រើស):				(សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់) លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ		
ព័ត៌មានគ្រួសារ: សម្រាប់សិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសង្ឃឹមសង្គម ពាក្យថា "គ្រួសារ" រួមបញ្ចូលបុគ្គលដែលមានទំនាក់ទំនងដោយសារកំណើត អាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬការសុំកូនចិញ្ចឹមដែលរស់នៅជាមួយគ្នា និងមានការទទួលខុសត្រូវតាមផ្លូវច្បាប់ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ការគាំទ្រ។ សូមរាយបញ្ជីសមាជិកគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក		ទំនាក់ទំនង	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	តើបុគ្គលនេះកំពុងដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុផងដែរឬទេ? បានឬចាស/ទេ	ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ	ឈ្មោះគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពបច្ចុប្បន្ន	(សម្រាប់ការិយាល័យប្រើប្រាស់) លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ	

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារបាន ដាក់ពាក្យស្នើសុំ MaineCare ក្នុងរយៈពេល 3 ខែកន្លងមកនេះឬទេ? ប្រសិនបើមាន៖ សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតសម្រេច	ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសារមានធានារ៉ាប់រង សូមភ្ជាប់មក ជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជី។ សូមផ្ញើផ្ទាល់ទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងនោះត្រូវបានទិញតាមរយៈផ្សារហ៊ុនធានារ៉ាប់ រងសុខភាពឬយ៉ាងណា។ បានឬទេ/ទេ
---	---

*គណនីនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីនេះ លុះត្រាតែកាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុស្ថិតនៅក្នុងរយៈពេល 240 ថ្ងៃគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញវិក្កយបត្រដំបូងសម្រាប់គណនីនីមួយៗដែលពាក់ព័ន្ធ។

ប្រាក់ចំណូលគ្រួសារសរុបប្រចាំខែ	អ្នកដាក់ពាក្យ	អ្នកដាក់ពាក្យរួម
ប្រាក់ឈ្នួល និងប្រាក់បៀវត្សរ៍		
មានប្រាក់ចំណូលពីការជួល (លើកលែងជនជាតិដើមអាមេរិកាំង/អាឡាស្កា)		
ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គម/ប្រាក់ចំណូលចូលនិវត្តន៍		
ស្វ័យនិយោជន៍		
យោធា/ប្រាក់សោធននិវត្តន៍		
ប្រាក់ជំនួយពីការភាពសន្តិសុខសង្គម (SSDI)		
ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍គ្មានការងារធ្វើ		
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្រោយការលែងលះ (បើលែងលះមុនថ្ងៃទី 1/1/19)		
TANF (កម្មវិធីជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារខ្វះខាត) ឬជំនួយទូទៅ		
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ (ការបង្ហាត់បង្រៀន គ្រូគង្វាល ជាដើម)		
លិខិតគាំទ្រ / ជំនួយពីក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ		
ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតដែលជាប់ពន្ធ		
សរុប	\$	\$

ហត្ថលេខា៖			
អ្នកជំងឺ/អ្នកដាក់ពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទ	អ្នកដាក់ពាក្យរួម	លបរិច្ឆេទ

សេចក្តីណែនាំ និងសន្លឹកកិច្ចការសម្រាប់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

សូមអរគុណដែលអ្នកបានស្នើសុំដាក់ពាក្យស្នើសុំជំនួយហិរញ្ញវត្ថុនៅ Northern Light Health។ មានឯកសារ និងព័ត៌មានមួយចំនួនដែលយើងត្រូវមាន មុនពេលយើងអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកបាន។ ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវតែបំពេញឱ្យបានពេញលេញ ដោយមានបញ្ចូលឈ្មោះសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកទាំងអស់។

ក្រសួងផ្តល់ជូននូវភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីប្រាក់ចំណូលរបស់សមាជិកគ្រួសារទាំងអស់ផងដែរ។ យើងនឹងជួយអ្នកជំរុញការដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលសមស្រប/MaineCare និង/ឬឱកាសជំនួយពិភាក្សាទីបី។ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនេះ អ្នកត្រូវតែជាអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋ Maine ស្របតាមនិយមន័យនៃច្បាប់ 22 MRSA 1716-A។ ចំពោះបុគ្គលដែលមិនមែនជាអ្នករស់នៅក្នុងរដ្ឋនេះ នឹងត្រូវពិចារណាផ្តល់ជូនតែក្នុងករណីថែទាំបន្ទាន់ប៉ុណ្ណោះ។ **សូមបំពេញសន្លឹកកិច្ចការខាងក្រោម ដើម្បីដឹងពីអ្វីដែលយើងត្រូវការពីអ្នក។**

✓ **គ្រប់ចំណុចដែលអនុវត្តចំពោះសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក**

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់.....	✓ ប្រ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃ៖ អប់
មានប្រាក់បញ្ញើលើនិយោជកមុនពេលកាត់ទុក	លិខិតបញ្ជាក់ប្រាក់ខែ ឬរបាយការណ៍លម្អិតនៃប្រាក់ខែចុងក្រោយបំផុតពីការងារនីមួយៗ ដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 13 សប្តាហ៍ចុងក្រោយ ឬ 12 ខែចុងក្រោយ
មានប្រាក់ចំណូលពីការជួល (លើកលែងជនជាតិដើមអាមេរិកាំង/អាឡាស្កា)	របាយការណ៍ប្រាក់ចំណេញ និងខាតក្នុងរយៈពេល 13 សប្តាហ៍ ឬ 12 ខែចុងក្រោយ
ជាស្វ័យនិយោជន៍	របាយការណ៍ប្រាក់ចំណេញ និងខាតក្នុងរយៈពេល 13 សប្តាហ៍ ឬ 12 ខែចុងក្រោយ
គ្មានការងារធ្វើ ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍គ្មានការងារធ្វើ	របាយការណ៍ទាមទារសំណងប្រចាំសប្តាហ៍ ដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 13 សប្តាហ៍ចុងក្រោយ។ ដើម្បីស្នើសុំលិខិត សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-593-7660 ឬចូលទៅកាន់៖ https://www.maine.gov/labor/unemployment
ទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្រោយការលែងលះ ឬប្រាក់ឧបត្ថម្ភគ្រួសារយោធា	ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្រោយការលែងលះ បើលែងលះមុនថ្ងៃទី 1/1/19 - លិខិតអត្ថប្រយោជន៍ ឬលិខិតផ្តល់សិទ្ធិទទួលប្រាក់ ឬឯកសារក្នុងរយៈពេល 13 សប្តាហ៍ចុងក្រោយ ឬ 12 ខែចុងក្រោយ ដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូល/ការទូទាត់សរុប
ទទួលបានប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ពីការភាពរយៈពេលខ្លី/វែង	លិខិតអត្ថប្រយោជន៍ ឬលិខិតផ្តល់សិទ្ធិទទួលប្រាក់ ដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 13 សប្តាហ៍ចុងក្រោយ ឬ 12 ខែចុងក្រោយ (លិខិតបញ្ជាក់ប្រសិនបើកំពុងរង់ចាំការសម្រេចលើការស្នើសុំពីការភាព)
ទទួលបានប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខសង្គម/ប្រាក់ចំណូលពីការភាព (SSI/SSDI)	លិខិតផ្តល់ប្រាក់សម្រាប់ឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន។ អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតនេះដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-405-1448 (តំបន់ Bangor) ឬ 1-877-319-3076 (តំបន់ Portland)។
ទទួលបានភាគលាភ ការប្រាក់ ឬស្វ័យសារពីអចលនទ្រព្យ ឬបរិធនបាលកិច្ច	ឯកសារក្នុងរយៈពេល 13 សប្តាហ៍ ឬ 12 ខែចុងក្រោយ ដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូល/ការទូទាត់សរុប។
ចូលនិវត្តន៍ និងទទួលបានប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ចូលនិវត្តន៍	របាយការណ៍ ឬលិខិតផ្តល់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ (បើមាន 401K, IRA ជាដើម) ដែលបង្ហាញពីប្រាក់ចំណូលសរុបក្នុងរយៈពេល 13 សប្តាហ៍ចុងក្រោយ
ទទួលបានការទូទាត់ប្រាក់ TANF (កម្មវិធីជំនួយបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់គ្រួសារខ្វះខាត) ឬជំនួយទូទៅ	លិខិតសម្រេចពី Department of Health and Human Services (ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ - DHHS)។

មិនមានការងារធ្វើ ឬប៉ុន្មានម៉ឺនុយក្នុងមួយម៉ោង		ផ្តល់លិខិតមួយដែលពន្យល់ពីការគាំទ្រដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន ហើយចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកដែលផ្តល់ការគាំទ្រនោះ
ជនជាតិអាឡាស្កា		ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេដាក់បញ្ចូលជាអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក ក្នុងលិខិតបង់ពន្ធរបស់នរណាម្នាក់ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបានស្នើសុំឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងកម្រិតនៃ ការគាំទ្រដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នក

**សូមផ្តល់ជូននូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារបញ្ជាក់ប្រាក់ចំណូលដូចដែលបានកត់សម្គាល់ខាងលើ ឯកសារដើម នឹងមិនត្រូវបានប្រគល់ជូនវិញទេ។*

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ

អ្នកជំងឺនឹងត្រូវបានជួយក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំធានារ៉ាប់រងដែលងាយស្រួលចូលទៅដល់/MaineCare និង/ឬឱកាសជំនួយពីភាគីទីបី។

*សូមទាក់ទងក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (DHHS)

ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកតាមរយៈ៖

1-800-442-6003 ឬចូលមើល៖

<https://www.maine.gov/benefits/account/login.html>

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានដាក់ពាក្យជាមួយ DHHS (ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ) សូមជូនដំណឹងមកយើងខ្ញុំ ហើយធ្វើច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតសម្រេចមកឱ្យយើងខ្ញុំនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានវា។

**ប្រសិនបើ DHHS (ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ) បដិសេធអ្នកដោយសារប្រាក់ចំណូលលើសកម្រិត អ្នកនៅតែអាចមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយក្រោមប្រាក់កាត់កង ("spenddown")។*

- ❖ ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីភាពត្រឹមត្រូវនៃព័ត៌មានដែលបាន ដាក់បញ្ជូន។
- ❖ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីដំណើរការដាក់ពាក្យស្នើសុំ សូមទូរសព្ទទៅលេខដែលបានរាយបញ្ជីនៅលើវិក្កយបត្រ របស់អ្នក។
- ❖ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានផ្តល់ព័ត៌មានដែលតម្រូវឱ្យបានពេញលេញទេ ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកនឹងត្រូវពន្យារពេល ឬបដិសេធ។
- ❖ សូមជ្រាបថា រាល់ព័ត៌មានដែលបានដាក់ជូន ដែលត្រូវបានកំណត់ថាជាព័ត៌មានមិនពិត នឹងបណ្តាលឱ្យ មានការបដិសេធជំនួយហិរញ្ញវត្ថុ ហើយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុលើថ្លៃសេវាដែល មន្ទីរពេទ្យបានផ្តល់ជូន។
- ❖ សូមជ្រាបថា ការដាក់ជូនព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនា គឺជាអំពើខុសច្បាប់។
- ❖ អាសយដ្ឋានសម្រាប់ធ្វើពាក្យស្នើសុំ៖

Northern Light Acadia Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Inland Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light AR Gould Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Maine Coast Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Blue Hill Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mayo Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light CA Dean Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Mercy Hospital Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000
Northern Light Eastern Maine Medical Center Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000	Northern Light Sebasticook Valley Health Cianchette Building, 43 Whiting Hill Rd, Brewer, ME 04412 1-866-750-5001 or 207-973-5000

សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីការមិនរើសអើង

Northern Light Health និងក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធរបស់ខ្លួន (Northern Light Health) អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិល ដែលមានជាធរមាន និងមិនជាក់ចេញ ឬរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ជនជាតិ អាយុ សមត្ថភាព ឬពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ និន្នាការនយោបាយ សាសនា វប្បធម៌ ស្ថានភាពសេដ្ឋកិច្ចសង្គម ព័ត៌មានហ្វេស៊ីប៊ីលីតេ ស្ថានភាពជាអតីតយុទ្ធជន ភេទ រួមទាំងលក្ខណៈផ្លូវភេទ លក្ខណៈអន្តរភេទ ការមានផ្ទៃពោះ ឬស្ថានភាពពាក់ព័ន្ធ និន្នាការផ្លូវភេទ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណ ឬការបង្ហាញយេនឌ័រ ឬភាសាឡើយ។ Northern Light Health ផ្តល់ជូនសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃក្នុងការជួយមនុស្សឱ្យប្រាស្រ័យទាក់ទងក្តីប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព៖

- អ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ប្រកបដោយលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផ្ទាល់មាត់ប្រកបដោយលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងទៀត
- ព័ត៌មានដែលសរសេរក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ (អក្សរពុម្ពធំ ជាសំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលមើលបាន ទម្រង់ផ្សេងទៀត)

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា Northern Light Health ឬក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធរបស់ខ្លួនបានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងក្នុងទម្រង់ណាមួយ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល លើមនសិការ ឬសេរីភាពសាសនា ឬឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាព អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ Northern Light Health ឬការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ (OCR)៖

Northern Light Health 1557 Civil Rights Coordinator 43 Whiting Hill Road, Suite 200 Brewer, ME 04412 1-866-769-8363, TTY-711 (សេវាបញ្ជូនបន្តនៃរដ្ឋ Maine) nondiscrimination@northernlight.org privacy@northernlight.org	Centralized Case Management Operations U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) OCRMail@hhs.gov https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
--	--

សេវាជំនួយភាសា មិនមានការគិតថ្លៃសេវាពីអ្នកនោះទេ។ សូមប្រាប់ឱ្យយើងដឹងខ្ញុំបានដឹងអំពីភាសាចម្បងរបស់អ្នក ហើយ យើងនឹងមានផ្តល់ជូនអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការថែទាំរបស់អ្នក។

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-986-6341 (ATS: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Oromo (Cushite): XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

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 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Tagalog (Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Cambodian (Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយខ្មែរ, យើងផ្តល់ជូននូវសេវាបកប្រែភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទលេខ ១-៨៨៨-៩៨៦-៦៣៤១ (៧១១)។

អ្នក ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-986-6341 (телетайп: 711).

Arabic: (والكم الصم هاتف 711) برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن، اللغة اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 6341-986-888-1 رقم.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-986- 6341 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Thai: เรียน: ๑-๘๘๘-๙๘๖-๖๓๔๑ (๗๑๑)

คุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร1-888-986-6341 (TTY: 711).

Nilotic (Dinka): PIN KENE: Na ye jam nē Thuovjan, ke kuony yenē kɔc waar thook ato kuka lēu yök abac ke cīn wēnh cuatē piny. Yuopē 1-888-986-6341 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-986-6341（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-986-6341 (TTY: 711).