



# ការអនុញ្ញាតបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ (PHI)

## សេចក្តីជូនដំណឹងដល់សមាជិក៖

- ការបំពេញសំណុំបែបបទនេះនឹងអនុញ្ញាតឱ្យ Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) ដើម្បី (i) ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងជាក់លាក់ណាមួយ និង/ឬ (ii) ចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកជាមួយបុគ្គលណាមួយ ឬអង្គការដែលអ្នកកំណត់នៅក្នុងនេះ។
- អ្នកមិនចាំបាច់ចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ ឬផ្តល់ការអនុញ្ញាតដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកឡើយ។ សេវាកម្ម និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកជាមួយ Health Net Community Solutions, Inc. នឹងមិនផ្លាស់ប្តូរឡើយ បើទោះបីជាអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ។
- សិទ្ធិបោះបង់ (លុបចោល)៖ សំណុំបែបបទស្តីពីការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត/ការយល់ព្រមនេះ អាចលុបចោលបានគ្រប់ពេលវេលាលើកលែងតែករណីដែល Health Net Community Solutions, Inc. ឬម្ចាស់កម្មសិទ្ធិស្របច្បាប់នៃព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដទៃទៀតត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយមានការទុកចិត្តទៅលើការចែករំលែកនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់លុបចោលសំណុំបែបបទស្តីពីការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតនេះ សូមបំពេញសំណុំបែបបទស្តីពីការលុបចោលនៅទំព័រចុងក្រោយ និងផ្ញើតាមប៊ូស្តីប្រៃសណីយ៍តាមអាសយដ្ឋានដែលមានបញ្ជាក់នៅខាងក្រោមទំព័រ។
- Health Net Community Solutions, Inc. មិនអាចសន្យាបានថាបុគ្គល ឬក្រុមដែលអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យយើងធ្វើការចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក នឹងមិនធ្វើការចែករំលែកជាមួយអ្នកផ្សេងទៀតឡើយ។
- សូមរក្សាទុកច្បាប់ថតចម្លងនៃសំណុំបែបបទដែលបានបំពេញទាំងអស់របស់អ្នកដែលបានផ្ញើមកយើង។ យើងអាចផ្ញើច្បាប់ថតចម្លងជូនអ្នកវិញ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។
- សូមបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់នៅលើសំណុំបែបបទនេះ។ នៅពេលបំពេញរួច សូមផ្ញើសំណុំបែបបទនេះតាមប៊ូស្តីប្រៃសណីយ៍ទៅតាមអាសយដ្ឋានដែលមានបញ្ជាក់នៅខាងក្រោមទំព័រទីពីរ។

<b>ព័ត៌មានសមាជិក</b>	
ឈ្មោះសមាជិក (សរសេរជាអក្សរពុម្ព)៖	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសមាជិក៖ ____ / ____ / _____	លេខសម្គាល់សមាជិក៖
ខ្ញុំសូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ Health Net Community Solutions, Inc. ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំសម្រាប់គោលបំណងណាមួយដែលបានកំណត់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំទៅបុគ្គល ឬក្រុមដែលមានឈ្មោះដូចខាងក្រោម។ គោលបំណងនៃការអនុញ្ញាតនេះគឺ៖	
<input type="checkbox"/> ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ Health Net Community Solutions, Inc. ជួយខ្ញុំឱ្យមានអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មនានា ឬ <input type="checkbox"/> ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ Health Net Community Solutions, Inc. ប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំសម្រាប់	
១	

(ក)

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាផែនការសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូល។ Health Net Community Solutions, Inc. គឺសាខារបស់ Health Net, Inc. Health Net ជាម៉ាកសញ្ញាសេវាកម្មដែលត្រូវបានចុះបញ្ជីរបស់ Health Net, Inc. រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។

FRM019506DC00 (11/17)

# ការអនុញ្ញាតបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ (PHI)

<b>បុគ្គល ឬក្រុមត្រូវទទួលព័ត៌មាន</b>			
ឈ្មោះ (បុគ្គល ឬក្រុម) ៖			
អាសយដ្ឋាន៖			
ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖	ទូរស័ព្ទ៖ (     )     -
ខ្ញុំសូមផ្តល់សិទ្ធិដល់ Health Net Community Solutions, Inc. ដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដូចខាងក្រោម៖			
<input type="checkbox"/> <b>ព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំទាំងអស់ (រួមទាំង ព័ត៌មានអំពីហ្វែន សេវាកម្ម ឬលទ្ធផលធ្វើតេស្ត;</b> <b>ទិន្នន័យនិងកំណត់ត្រាមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ HIV/AIDS ទិន្នន័យនិងកំណត់ត្រាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (ប៉ុន្តែមិនមែន</b> <b>កំណត់ត្រាព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ) ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា/កំណត់ត្រានិងទិន្នន័យព្យាបាល</b> <b>(សូមបញ្ជាក់ព័ត៌មានជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុណាមួយដែលអាចត្រូវបង្ហាញ)</b>			
_____);			
<input type="checkbox"/> ព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំ លើកលែងតែ (សូមគូសក្នុងប្រអប់ទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត)៖ <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ព័ត៌មានអំពីហ្វែន សេវាកម្ម ឬការធ្វើតេស្ត</li> <li><input type="checkbox"/> កំណត់ត្រានិងទិន្នន័យមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ HIV/AIDS</li> <li><input type="checkbox"/> កំណត់ត្រានិងទិន្នន័យគ្រឿងញៀន/គ្រឿងស្រវឹង</li> <li><input type="checkbox"/> កំណត់ត្រានិងទិន្នន័យសុខភាពផ្លូវចិត្ត (ប៉ុន្តែមិនមែនកំណត់ត្រាព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រ)</li> <li><input type="checkbox"/> ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា/កំណត់ត្រានិងទិន្នន័យនៃការប្រើឱសថ</li> <li><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖ _____</li> </ul>			
<b>សុពលភាពនៃការអនុញ្ញាត</b>			
ការអនុញ្ញាតនេះនឹងអស់សុពលភាពនៅថ្ងៃទី ____/____/____ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ), សុពលភាពពេញលេញមានរយៈពេល អតិបរមាមួយឆ្នាំ។ ប្រសិនបើការកំណត់កាលបរិច្ឆេទទេ ការអនុញ្ញាតនេះនឹងត្រូវអស់សុពលភាពក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃដែលបានកំណត់ដូចខាងក្រោម។			
ហត្ថលេខាសមាជិក(អ្នកកំណត់សមាជិក ឬអ្នកកំណត់ផ្នែកច្បាប់សូមចុះហត្ថលេខា នៅទីនេះ) ៖		កាលបរិច្ឆេទ៖ ____/____/____	
ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាឱ្យសមាជិក សូមពិពណ៌នាអំពីទំនាក់ទំនងព្រឹត្តិការណ៍របស់អ្នកខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកជា កំណត់ច្បាប់របស់សមាជិក សូមពិពណ៌នាអំពីទំនាក់ទំនងព្រឹត្តិការណ៍ខាងក្រោម និងធ្វើច្បាប់ថតចម្លងនៃសំណុំបែបបទ ទាំងនោះមកយើង (លិខិតផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត ឬការបញ្ជារបស់អាណាព្យាបាល)។ _____			
<b>សូមផ្ញើសំណុំបែបបទដែលបានបំពេញតាមប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ទៅ៖</b>			
Health Net, Inc. Privacy Office PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409 ទូរស័ព្ទ៖ 1-855-464-3571 នៅរដ្ឋ Los Angeles ឬ 1-855-464-3572 នៅរដ្ឋ San Diego (TTY: 711) ទូរសារ៖ (818) 676-8314			

(ក)

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាផែនការសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូល។ Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាសាខារបស់ Health Net, Inc. ហើយ Health Net ជាម៉ាកសញ្ញាសេវាកម្មដែលត្រូវបានចុះបញ្ជីរបស់ Health Net, Inc. រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។

# ការអនុញ្ញាតបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ (PHI)

**បុគ្គល ឬអង្គការផ្សេងទៀតដែលត្រូវទទួលព័ត៌មាន**

**កំណត់សម្គាល់:** ប្រសិនបើអ្នកយល់ស្របបង្ហាញកំណត់ត្រាជំងឺអំពីការប្រើសារធាតុណាមួយទៅអ្នកទទួលដែលមិនមែនជាអ្នកទូទាត់ភាគីទីបី ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព មន្ទីរពេទ្យ ឬកម្មវិធីដែលអ្នកទទួលសេវាពីអ្នកផ្តល់ការព្យាបាលដូចជាការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬស្ថាប័នស្រាវជ្រាវ (ហៅថា «អង្គការអ្នកទទួល») អ្នកត្រូវបញ្ជាក់ឈ្មោះរបស់បុគ្គលម្នាក់ ឬអង្គការដែលអ្នកទទួលសេវាកម្មនានាពីអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលនៅអង្គការអ្នកទទួលនោះ ឬគ្រាន់តែបញ្ជាក់ថាកំណត់ត្រាជំងឺអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបង្ហាញដល់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន និងនាពេលអនាគតរបស់អ្នក នៅអង្គការអ្នកទទួលនោះ។

ឈ្មោះ: (បុគ្គល ឬអង្គការ):			
អាសយដ្ឋាន:			
ក្រុង:	រដ្ឋ:	លេខកូដតំបន់:	ទូរស័ព្ទ: ( ) -

ឈ្មោះ: (បុគ្គល ឬអង្គការ):			
អាសយដ្ឋាន:			
ក្រុង:	រដ្ឋ:	លេខកូដតំបន់:	ទូរស័ព្ទ: ( ) -

ឈ្មោះ: (បុគ្គល ឬអង្គការ):			
អាសយដ្ឋាន:			
ក្រុង:	រដ្ឋ:	លេខកូដតំបន់:	ទូរស័ព្ទ: ( ) -

**សូមផ្ញើទម្រង់ដែលបានបំពេញទៅ:**

Health Net, Inc. Privacy Office  
 PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409  
 ទូរស័ព្ទ: 1-855-464-3571 នៅរដ្ឋ Los Angeles ឬ 1-855-464-3572 នៅរដ្ឋ San Diego (TTY: 711)  
 ទូរសារ: (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាផែនការសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូល។ Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាសាខារបស់ Health Net, Inc. ហើយ Health Net ជាម៉ាកសញ្ញាសេវាកម្មដែលត្រូវបានចុះបញ្ជីរបស់ Health Net, Inc. រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។



# ការលុបចោលការអនុញ្ញាតបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ

Health Net®

ខ្ញុំចង់បោះបង់ ឬលុបចោលការអនុញ្ញាតដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យ Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) ដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំសម្រាប់គោលបំណងជាក់លាក់ណាមួយ ឬដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំជាមួយបុគ្គល ឬក្រុមណាមួយ។

បុគ្គល ឬក្រុមដែលបានទទួលព័ត៌មាន			
ឈ្មោះ (បុគ្គល ឬក្រុម) ៖			
អាសយដ្ឋាន៖			
ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖	ទូរស័ព្ទ៖ (     )     -
កាលបរិច្ឆេទនៃការចុះហត្ថលេខាអនុញ្ញាត (ប្រសិនបើដឹង) ៖ _____/_____/_____			
ព័ត៌មានសមាជិក			
ឈ្មោះសមាជិក (សរសេរជាអក្សរពុម្ព)៖			
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសមាជិក៖ /      /		លេខសម្គាល់សមាជិក៖	
ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំ (រួមទាំងកំណត់ត្រាប្រើប្រាស់ថ្នាំនៃជំងឺរបស់ខ្ញុំនៅទីកន្លែងដែលអាចអនុវត្តបាន) អាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីចែករំលែកឬលើកលែង ដោយសារតែការអនុញ្ញាតដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនពីមុន។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថាការលុបចោលនេះអនុវត្តតែលើការអនុញ្ញាតដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំសម្រាប់គោលបំណងជាក់លាក់ណាមួយ ឬដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំទៅបុគ្គល ឬក្រុមណាមួយ។ មិនត្រូវលុបចោលសំណុំបែបបទស្តីពីការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតផ្សេងៗទៀតដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាសម្រាប់ព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវប្រើសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀត ឬចែករំលែកជាមួយបុគ្គល ឬក្រុមផ្សេងទៀតឡើយ។			
ហត្ថលេខាសមាជិក (អ្នកកំណត់សមាជិក ឬអ្នកកំណត់ផ្នែកច្បាប់ចុះហត្ថលេខានៅទីនេះ)៖		កាលបរិច្ឆេទ៖ _____/_____/_____	
ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាឱ្យសមាជិក សូមពិពណ៌នាអំពីទំនាក់ទំនងពាក់ព័ន្ធនឹងការបញ្ជាក់ការពាររបស់អ្នកខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកជាតំណាងផ្ទាល់របស់សមាជិក សូមពិពណ៌នាអំពីទំនាក់ទំនងនេះនៅខាងក្រោម និងផ្ញើច្បាប់ថតចម្លងនៃសំណុំបែបបទទាំងនោះមកយើង (លិខិតផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត ឬការបញ្ជារបស់អាណាព្យាបាល)។			

Health Net Community Solutions, Inc. នឹងឈប់ប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកនៅពេលយើងទទួល និងដំណើរការសំណុំបែបបទនេះ។ សូមប្រើអាសយដ្ឋានប៉ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ខាងក្រោម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទរកជំនួយតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទខាងក្រោម។

**Health Net, Inc. Privacy Office**  
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409  
ទូរស័ព្ទ៖ 1-855-464-3571 នៅរដ្ឋ Los Angeles ឬ 1-855-464-3572 នៅរដ្ឋ San Diego (TTY: 711)  
ទូរសារ៖ (818) 676-8314

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាផែនការសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូល។ Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាសាខារបស់ Health Net, Inc. ហើយ Health Net ជាម៉ាកសញ្ញាសេវាកម្មដែលត្រូវបានចុះបញ្ជីរបស់ Health Net, Inc. រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។

# Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

---

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

## Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect 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 a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

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, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

**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。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Thai:** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).