



សំណើសុំការសម្រេចចិត្តឡើងវិញនៃការបដិសេធផ្តាំតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare

ពីព្រោះយើង Health Net Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan) បានបដិសេធការស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ការរ៉ាប់រង (ឬការបង់ប្រាក់សម្រាប់) ផ្តាំតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តឡើងវិញ (បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍) លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ អ្នកមាន រយៈពេល 60 ថ្ងៃចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធជាធានារ៉ាប់រងលើផ្តាំតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការបញ្ជាក់ឡើងវិញ។
សំណុំបែបបទនេះអាចត្រូវបានផ្ញើមកយើងតាមសំបុត្រ ឬទូរសារ៖

អាសយដ្ឋាន: លេខទូរសារ:
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 1-877-713-6189
Attention: Appeals and Grievances Department
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មកយើងតាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើង
www.healthnet.com/calmediconnect
សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានធ្វើយ៉ាងឆាប់រហ័សអាចត្រូវបានធ្វើតាមទូរស័ព្ទលេខ 1-855-464-3571 (Los Angeles County) or 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)។
ម៉ោងធ្វើការគឺចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។
នៅក្រៅម៉ោងធ្វើការ នៅថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងនៅថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។
យើងខ្ញុំនឹងទូរស័ព្ទទៅលោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

អ្នកដែលអាចធ្វើការស្នើសុំ: អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសអ្នក។
ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលម្នាក់ផ្សេងទៀត (ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ)
ធ្វើការស្នើសុំសម្រាប់អ្នក នោះបុគ្គលម្នាក់នោះ ត្រូវតែជាអ្នកគណនារបស់អ្នក។
សូមទាក់ទងមកយើងដើម្បីដឹងពីរបៀបចុះឈ្មោះអ្នកគណនា។

ព័ត៌មានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ:

ឈ្មោះរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ: _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ហ្សឺបកូដ _____

ទូរស័ព្ទ _____

លេខសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកចុះឈ្មោះ: _____

បំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកដែលធ្វើសំណើនេះមិនមែនជាអ្នកចុះឈ្មោះ:

ឈ្មោះរបស់អ្នកស្នើសុំ _____

ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកស្នើសុំ និងអ្នកចុះឈ្មោះ: _____

អាសយដ្ឋាន _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ហ្សឺបកូដ _____

ទូរស័ព្ទ _____

**ឯកសារតំណាងសម្រាប់ការស្នើសុំដែលធ្វើឡើងដោយបុគ្គលណាម្នាក់ក្រៅពីអ្នកចុះឈ្មោះ
ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ:**

**ភ្ជាប់ឯកសារដែលបង្ហាញពីការផ្តល់សិទ្ធិ ដើម្បីតំណាងអ្នកចុះឈ្មោះ
(សំណុំបែបបទផ្តល់សិទ្ធិជាតំណាងដែលបំពេញរួច CMS-1696 ឬ
ជាឯកសារជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលប្រហាក់ប្រហែល) ប្រសិនបើវាមិនត្រូវបាន
ប្រគល់នៅកម្រិតការកំណត់លើធានារ៉ាប់រងនោះទេ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការណត់ជួបអ្នកតំណាង សូមទាក់ទងគម្រោងរបស់អ្នក ឬ
1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048),
24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។**

ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ:

ឈ្មោះថ្នាំ: _____ កម្រិត/បរិមាណ / ដួស: _____

តើអ្នកបានទិញថ្នាំដែលកំពុងរងចាំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឬ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស":
កាលបរិច្ឆេទដែលបានទិញ: _____

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់: \$ _____ (ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃ)

ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់ឱសថស្ថាន: _____

ព័ត៌មាន របស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា

ឈ្មោះ: _____
អាសយដ្ឋាន _____
ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ហ្សឺបកូដ _____
ទូរស័ព្ទការិយាល័យ _____ ទូរសារ _____
បុគ្គលទំនាក់ទំនងប្រចាំការិយាល័យ _____

កំណត់ចំណាំសំខាន់៖ ការសម្រេចចិត្តយ៉ាងឆាប់រហ័ស

ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជឿថា ការរង់ចាំ 7 ថ្ងៃ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តស្តង់ដារអាចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានសុខភាពជាអតិបរមាឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័សបាន។ ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្ហាញថាការរង់ចាំរយៈពេល 7 ថ្ងៃ អាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងផ្តល់ការសម្រេចចិត្តដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការគាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់ការស្នើសុំជាបន្ទាន់ នោះយើងនឹងសម្រេចចិត្តថា កើករណីរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការសម្រេចចិត្ត យ៉ាងឆាប់រហ័សយ៉ាងណា។ ក្នុងករណីនេះអ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សបានឡើយ ប្រសិនបើលោក អ្នកកំពុងស្នើសុំយើងឱ្យសងដល់លោកអ្នកវិញសម្រាប់ថ្នាំដែលលោកអ្នកបានទទួលរួចហើយ។

សម្រេចប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកត្រូវការការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ប្រសិនបើអ្នកមានលិខិតគាំទ្របញ្ជាក់ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមភ្ជាប់វាទៅនឹងសំណើនេះ)។

សូមពន្យល់ពីហេតុផលរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់។ ភ្ជាប់ព័ត៌មានបន្ថែមណាមួយដែលអ្នកជឿថា អាចជួយករណីរបស់អ្នក ដូចជា សេចក្តីថ្លែងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រដែលពាក់ព័ន្ធ។ អ្នកប្រហែលជាចង់សំដៅទៅលើ ការពន្យល់ដែលយើងបានផ្តល់ជូននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធការគ្របដណ្តប់ថ្នាំ វេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ហើយឱ្យអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបញ្ជាក់ពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្របដណ្តប់នៃគម្រោង ប្រសិនបើមានដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងលិខិតបដិសេធនៃគម្រោង ឬនៅក្នុងឯកសារគម្រោងផ្សេងទៀត។ ធាតុចូលពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាច បំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្របដណ្តប់នៃគម្រោង និង / ឬមូលហេតុដែលថ្នាំដែលតម្រូវដោយគម្រោងនេះមិនសមស្របជាលក្ខណៈវេជ្ជសម្រាប់អ្នក។

ហត្ថលេខារបស់មនុស្សដែលស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (អ្នកចុះឈ្មោះ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ):
_____ **កាលបរិច្ឆេទ:** _____

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរជូនអ្នកចុះឈ្មោះចូលរួម។

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 in Los Angeles County or 1-855-464-3572 in San Diego County (TTY: 711) from 8:00 a.m. to 8:00 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.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً اتصل بالرقم 1-855-464-3571 في Los Angeles County والرقم 1-855-464-3572 في San Diego County (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

ARMENIAN

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Ջանգահարեք 1-855-464-3571 Los Angeles County-ում կամ 1-855-464-3572 San Diego County-ում (TTY` 711) երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

CAMBODIAN (KHMER)

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស សេវាជំនួយខាងភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ហៅលេខ 1-855-464-3571 ក្នុង Los Angeles County ឬ 1-855-464-3572 ក្នុង San Diego County (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពី ម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានហៅបកមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

CHINESE

請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Los Angeles County 1-855-464-3571 或 San Diego County 1-855-464-3572 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

FARSI

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 در Los Angeles County یا 1-855-464-3572 در San Diego County (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است

KOREAN

알림: 귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Los Angeles County: 1-855-464-3571 또는 San Diego County: 1-855-464-3572 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 в Los Angeles County или 1-855-464-3572 в San Diego County (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.

SPANISH

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 en Los Angeles County o 1-855-464-3572 en San Diego County (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

TAGALOG

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tawagan ang 1-855-464-3571 sa Los Angeles County o 1-855-464-3572 sa San Diego County (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

VIETNAMESE

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Vui lòng gọi 1-855-464-3571 ở Los Angeles County hoặc 1-855-464-3572 ở San Diego County (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

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, audio, 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: ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ 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: ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).