

NOMBRE DEL AGENTE	NÚMERO DEL AGENTE
-------------------	-------------------

SECCIÓN A. SUSCRIPTOR: COMPLETE ESTA SECCIÓN (USE LETRA DE IMPRENTA)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	N.º DE CONTRATO
N.º DE TELÉFONO DIURNO		¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES RECIBE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD/INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

SECCIÓN B. FAVOR DE CAMBIAR MI CONTRATO POR EL SIGUIENTE

<input type="checkbox"/> SUSCRIPTOR SOLO		<input type="checkbox"/> SUSCRIPTOR & CÓNYUGE		<input type="checkbox"/> SUSCRIPTOR E HIJO/A(S)		<input type="checkbox"/> SUSCRIPTOR, CÓNYUGE E HIJO/A(S)	
Cambiar nombre por	FECHA EFECTIVIDAD	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL			
Motivo del cambio de nombre							
Cambiar dirección por	DIRECCIÓN FÍSICA			<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN POSTAL		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
	CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	N.º DE TELÉFONO DIURNO	

SECCIÓN C. FAVOR DE AÑADIR A LOS SIGUIENTES DEPENDIENTES A MI CONTRATO (DEBE TAMBIÉN COMPLETAR LA PÁGINA 2)

NOMBRE COMPLETO DEPENDIENTE*	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO MES DÍA AÑO	PARENTESCO	¿Ha fumado en los últimos 12 meses? (Incluyendo cigarrillos electrónicos)	Fecha de Comienzo de la Dependencia
SPOUSE			<input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> ESPOSA FECHA DE MATRIMONIO _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CHILD			<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRO (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> HIJASTRA _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CHILD			<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRO (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> HIJASTRA _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CHILD			<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> OTRO (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> HIJASTRA _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

APLICA SOLO PARA PLANES SIN DERECHOS ADQUIRIDOS BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO:
 *¿ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE SE AÑADE HA TENIDO OTRA COBERTURA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS? SÍ NO
 SI SOLICITA FUERA DE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA, FAVOR DE SOMETER EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL 01MK5660.

SECCIÓN D. FAVOR DE ELIMINAR A LOS SIGUIENTES DEPENDIENTES DE MI CONTRATO

SI AL ELIMINAR ESTE DEPENDIENTE QUEDARÁ CUBIERTO SÓLO EL SUSCRIPTOR, FAVOR DE MARCAR LA CASILLA "SUSCRIPTOR SOLO" EN LA SECCIÓN "CAMBIAR MI CONTRATO", ARRIBA. ES DEBER DEL DEPENDIENTE SOLICITAR CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO UN CONTRATO DISTINTO CUANDO CESA LA ELEGIBILIDAD DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO.

PROVEA NOMBRE COMPLETO	FECHA DE EFECTIVIDAD	SELECCIONE EL PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO MES DÍA AÑO	MOTIVO
		<input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> ESPOSA		
		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA		
		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA		

¡IMPORTANTE! Toda información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) obtenida por Blue Cross and Blue Shield of Louisiana relacionada con esta solicitud, puede ser retenida por Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y HMO Louisiana, Inc. y utilizada o divulgada como parte de esfuerzos futuros de evaluación de riesgo o de renovación.

SECCIÓN E. FAVOR DE CAMBIAR MIS BENEFICIOS POR LOS SIGUIENTES

--	--

SECCIÓN F. FAVOR DE TERMINAR MI CONTRATO

FECHA DE TERMINACIÓN

SECCIÓN G. SUSCRIPTOR: FAVOR DE FIRMAR		FIRMA DEL SUSCRIPTOR X	FECHA
---	--	----------------------------------	-------

USO OFICINA	NOTES
	EFF DATE
	UW INITIALS
	DATE

APELLIDO DEL SUSCRIPTOR (LETRA DE IMPRENTA)	PRIMER NOMBRE	INIC.	N.º DE CONTRATO
---	---------------	-------	-----------------

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN PARA TODAS LAS PERSONAS INCLUIDAS EN ESTA SOLICITUD. PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA, SUBRAYE AFECCIÓN CORRESPONDIENTE, SI APLICA, Y COMPLETE LOS DETALLES MÉDICOS MÁS ABAJO.

SECCIÓN H. PLAN DE INGRESO VARIABLE (VIP) / PLAN MÉDICO CON DERECHOS ADQUIRIDOS

1. ¿Alguien que solicita cobertura espera a un hijo biológico dentro de los próximos 9 meses, se está sometiendo o está esperando tratamientos de fertilidad, o está en proceso de adopción (hombre o mujer)? Sí No
De ser Sí, complete la sección Detalles Médicos.

2. ¿Alguien que solicita cobertura ha sido aconsejado por un médico a que reciba tratamiento, se someta a una operación quirúrgica que no se haya realizado o está actualmente hospitalizado? Sí No
De ser Sí, complete la sección Detalles Médicos.

3. ¿Alguien que solicita cobertura alguna vez ha sido tratado de cáncer (excluyendo cáncer de piel), trastorno en la sangre (excluyendo anemia por deficiencia de hierro), hemofilia, derrame cerebral (TIA en inglés), problemas circulatorios epilepsia (convulsiones), trasplante de órgano, problema del corazón (excluyendo soplo cardíaco), tuberculosis, problemas del pulmón (COPD en inglés/enfisema), VIH, ha sido expuesto al SIDA o VIH, recibido tratamiento para el SIDA o CRS (Complejo Relacionado con el SIDA), hepatitis B o C/trastorno del hígado, enfermedad del riñón que requiera diálisis, esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, artritis reumatoide, enfermedad autoinmune (lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, etc), fibrosis quística, distrofia muscular, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ALS en inglés), o enfermedad de Gaucher? Sí No
De ser Sí, complete la sección Detalles Médicos.

4. Estatura y Peso	Nombre del Suscriptor	Estatura	Peso
	Spouse's Name	Estatura	Peso

5. ¿Alguien que solicita cobertura toma medicamentos recetados de forma regular (diaria o semanalmente)? Sí No
De ser sí, indique el (los) nombre(s) de los medicamentos y el motivo por la cual se toma a continuación. Si no toma ninguno, indique ninguno.

Nombre del Solicitante	Nombre del Medicamento y Dosis	Motivo
Nombre del Solicitante	Nombre del Medicamento y Dosis	Motivo
Nombre del Solicitante	Nombre del Medicamento y Dosis	Motivo
Nombre del Solicitante	Nombre del Medicamento y Dosis	Motivo

6. En los últimos 5 años, ¿usted o alguien que figura en la solicitud recibió tratamiento, consejo, medicación o consulta quirúrgica para la diabetes, hipertensión (presión arterial alta), colesterol alto, asma, alergias que requieren inyecciones para alergias, osteoartritis, afecciones neurológicas, deformidades corporales, afecciones de la espalda/ortopédicas, enfermedad muscular, enfermedad del sistema nervioso, tumor, quiste, piedras en el riñón, trastornos de la próstata, trastorno endocrino, hernia, migrañas, sangrado menstrual irregular/excesivo, enfermedades o trastornos del seno, cáncer de piel, Papanicolaou anormal, soplo cardíaco, dolor abdominal, trastornos estomacales o intestinales, trastorno por uso de sustancias o alcohol, trastorno mental/nervioso (autismo, trastorno de la alimentación, etc.)? Sí No
De ser Sí, complete la sección Detalles Médicos.

7. ¿Usted o alguno de sus dependientes de 18 años o más en esta solicitud, consume alguna forma de tabaco, incluidos los cigarrillos electrónicos?
Suscritor Sí No Cónyuge Sí No Hijo/a Sí No Hijo/a Sí No Hijo/a Sí No

SECCIÓN I. CÁNCER Y ENFERMEDADES GRAVES (CSD, en inglés)

¿Alguien que solicita cobertura ha tenido o tiene cáncer, leucemia, encefalitis, meningitis espinal, anemia de células falciformes, tétanos, difteria, poliomieltis, rabia, escarlatina, viruela, polio o tularemia? Sí No
De ser Sí, complete la sección Detalles Médicos.

SECCIÓN J. DETALLES MÉDICOS: Por favor, proporcione la siguiente información para cada afección y cualquier otra información pertinente. Si se queda sin espacio, envíe una segunda página de este formulario con la Sección J. Detalles Médicos completada y la Sección K firmada y fechada.

<table border="1"> <tr> <td>PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO</td> <td>NOMBRE DEL SOLICITANTE</td> <td>AFECCIÓN</td> </tr> <tr> <td>FECHA DEL DIAGNÓSTICO</td> <td colspan="2">TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA</td> </tr> <tr> <td>CIRUGÍA RECOMENDADA</td> <td>CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA</td> <td>FECHA QUE FUE DADO DE ALTA</td> </tr> </table>	PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO	NOMBRE DEL SOLICITANTE	AFECCIÓN	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA		CIRUGÍA RECOMENDADA	CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA	FECHA QUE FUE DADO DE ALTA
PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO	NOMBRE DEL SOLICITANTE	AFECCIÓN							
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA								
CIRUGÍA RECOMENDADA	CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA	FECHA QUE FUE DADO DE ALTA							
<table border="1"> <tr> <td>PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO</td> <td>NOMBRE DEL SOLICITANTE</td> <td>AFECCIÓN</td> </tr> <tr> <td>FECHA DEL DIAGNÓSTICO</td> <td colspan="2">TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA</td> </tr> <tr> <td>CIRUGÍA RECOMENDADA</td> <td>CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA</td> <td>FECHA QUE FUE DADO DE ALTA</td> </tr> </table>	PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO	NOMBRE DEL SOLICITANTE	AFECCIÓN	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA		CIRUGÍA RECOMENDADA	CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA	FECHA QUE FUE DADO DE ALTA
PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO	NOMBRE DEL SOLICITANTE	AFECCIÓN							
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA								
CIRUGÍA RECOMENDADA	CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA	FECHA QUE FUE DADO DE ALTA							
<table border="1"> <tr> <td>PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO</td> <td>NOMBRE DEL SOLICITANTE</td> <td>AFECCIÓN</td> </tr> <tr> <td>FECHA DEL DIAGNÓSTICO</td> <td colspan="2">TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA</td> </tr> <tr> <td>CIRUGÍA RECOMENDADA</td> <td>CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA</td> <td>FECHA QUE FUE DADO DE ALTA</td> </tr> </table>	PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO	NOMBRE DEL SOLICITANTE	AFECCIÓN	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA		CIRUGÍA RECOMENDADA	CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA	FECHA QUE FUE DADO DE ALTA
PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO	NOMBRE DEL SOLICITANTE	AFECCIÓN							
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA								
CIRUGÍA RECOMENDADA	CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA	FECHA QUE FUE DADO DE ALTA							
<table border="1"> <tr> <td>PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO</td> <td>NOMBRE DEL SOLICITANTE</td> <td>AFECCIÓN</td> </tr> <tr> <td>FECHA DEL DIAGNÓSTICO</td> <td colspan="2">TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA</td> </tr> <tr> <td>CIRUGÍA RECOMENDADA</td> <td>CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA</td> <td>FECHA QUE FUE DADO DE ALTA</td> </tr> </table>	PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO	NOMBRE DEL SOLICITANTE	AFECCIÓN	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA		CIRUGÍA RECOMENDADA	CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA	FECHA QUE FUE DADO DE ALTA
PONGA EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA QUE ESTÁ CONTESTANDO	NOMBRE DEL SOLICITANTE	AFECCIÓN							
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO RECIBIDO (INCLUYENDO MEDICAMENTOS) Y FECHA								
CIRUGÍA RECOMENDADA	CIRUGÍA REALIZADA Y FECHA REALIZADA	FECHA QUE FUE DADO DE ALTA							

La información aquí suministrada es cierta y correcta, a mi mejor conocimiento y entender. Entiendo que cualquier cobertura emitida es basada en todas las declaraciones y respuestas a las preguntas aquí contenidas. Entiendo que el Contrato será terminado dentro de tres años de la fecha original de efectividad de la cobertura del(de los) Miembro(s) y todas las tarifas, menos las reclamaciones pagadas, me serán devueltas si existe una falsa representación intencional de hechos relevantes con relación a ese(los) Miembro(s) en la solicitud o en cualquier Tarjeta de Cambio de Estatus. He leído o me han leído todas las preguntas arriba en el historial médico y las respuestas fueron dadas por el solicitante y/o dependiente(s), si alguno(s).

DECLARACIÓN DE FRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en un formulario de inscripción o en una solicitud de seguro, es culpable de un crimen y podría estar sujeto a multas y confinamiento en prisión.

SECCIÓN K. SUSCRIPTOR: FAVOR DE FIRMAR		FIRMA DEL SUSCRIPTOR X	FECHA
---	--	----------------------------------	-------

SECCIÓN L. ORIGEN ÉTNICO, RAZA e IDIOMA (Proveer el origen étnico, raza e idioma es voluntario y no es obligatorio)

NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO*

Origen Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido

Raza: Nativo Americano y Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico
 Alguna Otra Raza Dos o Más Razas Blanco

Idioma: Inglés Español Vietnamita Mandarín Coreano Árabe Otro _____

NOMBRE COMPLETO DEL CONYUGE*

PARENTESCO

ESPOSO ESPOSA

Origen Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido

Raza: Nativo Americano y Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico
 Alguna Otra Raza Dos o Más Razas Blanco

Idioma: Inglés Español Vietnamita Mandarín Coreano Árabe Otro _____

NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE*

PARENTESCO

HIJO HIJASTRO OTRO (Especifique)
 HIJA HIJASTRA _____

Origen Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido

Raza: Nativo Americano y Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico
 Alguna Otra Raza Dos o Más Razas Blanco

Idioma: Inglés Español Vietnamita Mandarín Coreano Árabe Otro _____

NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE*

PARENTESCO

HIJO HIJASTRO OTRO (Especifique)
 HIJA HIJASTRA _____

Origen Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido

Raza: Nativo Americano y Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico
 Alguna Otra Raza Dos o Más Razas Blanco

Idioma: Inglés Español Vietnamita Mandarín Coreano Árabe Otro _____

NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE*

PARENTESCO

HIJO HIJASTRO OTRO (Especifique)
 HIJA HIJASTRA _____

Origen Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido

Raza: Nativo Americano y Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico
 Alguna Otra Raza Dos o Más Razas Blanco

Idioma: Inglés Español Vietnamita Mandarín Coreano Árabe Otro _____



Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias, HMO Louisiana, Inc. y Southern National Life Insurance Company, Inc., no excluyen ni tratan de forma diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo en sus programas o actividades de salud.

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lengua de signos
 - Información escrita en otros formatos (audio, formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, puede llamar al número del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o enviar un correo electrónico a **MeaningfulAccessLanguageTranslation@bcbsla.com**. Personas con discapacidad auditiva llamen al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Si considera que Blue Cross, una de sus subsidiarias o su plan de salud asegurado por su empleador no le proporcionaron estos servicios o discriminaron de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted tiene derecho a tomar los siguientes pasos:

- 1. Si está totalmente asegurado a través de Blue Cross, presente un reclamo ante Blue Cross por medio de correo postal, fax o correo electrónico.**

Section 1557 Coordinator
P.O. Box 98012
Baton Rouge, LA 70898-9012
225-298-7238 o 1-800-711-5519 (TTY 711)
Fax: 225-298-7240
Correo electrónico: Section1557Coordinator@bcbsla.com

- 2. Si su empleador es el dueño de su plan de salud y Blue Cross actúa como administrador de dicho plan, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de su empleador o compañía. Para determinar si su plan es un plan totalmente asegurado por Blue Cross o es propiedad de su empleador, visite es.bcbsla.com/checkmyplan.**

Bien sea Blue Cross o su empleador el dueño de su plan, usted puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, por correo o teléfono a:

U.S Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697(TDD)

O

Electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de quejas están disponibles a través de <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index>.

AVISO

Free language services are available. If needed, please call the Customer Service number on the back of your ID card. Hearing-impaired customers call 1-800-711-5519 (TTY 711).

Tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. De necesitarlos, por favor, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Clientes con dificultades auditivas, llamen al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Des services linguistiques gratuits sont disponibles. Si nécessaire, veuillez appeler le numéro du Service clientèle figurant au verso de votre carte d'identification. Si vous souffrez d'une déficience auditive, veuillez appeler le 1-800-711-5519 (TTY 711).

Có dịch vụ thông dịch miễn phí. Nếu cần, xin vui lòng gọi cho Phục Vụ Khách Hàng theo số ở mặt sau thẻ ID của quý vị. Khách hàng nào bị suy giảm thính lực hãy gọi số 1-800-711-5519 (TTY 711).

我们为您提供免费的语言服务。如有需要，请致电您 ID 卡背面的客户服务号码。听障客户请拨打 1-800-711-5519 (TTY 711)。

الخدمات اللغوية متاحة مجاناً. يرجى، إذا اقتضى الأمر، الاتصال برقم خدمة العملاء المدون على ظهر بطاقة التعريف الخاصة بك. إذا كنت تعاني من إعاقة في السمع، فيرجى الاتصال بالرقم 1-800-711-5519 (TTY 711).

Magagamit ang mga libreng serbisyo sa wika. Kung kinakailangan, pakitawagan ang numero ng Customer Service sa likod ng iyong ID kard. Para sa mga may kapansanan sa pandinig tumawag sa 1-800-711-5519 (TTY 711).

무료 언어 서비스를 이용하실 수 있습니다. 필요한 경우 귀하의 ID 카드 뒤에 기재되어 있는 고객 서비스 번호로 연락하시기 바랍니다. 청각 장애가 있는 분은 1-800-711-5519 (TTY 711)로 연락하십시오.

Oferecemos serviços linguísticos grátis. Caso necessário, ligue para o número de Atendimento ao Cliente indicado no verso de seu cartão de identificação. Caso tenha uma deficiência auditiva, ligue para 1-800-711-5519 (TTY 711).

ພວກເຮົາມີບໍລິການແປພາສາໃຫ້ທ່ານຟຣີ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການນັ້ນ, ກະລຸນາໂທຫາພະແນກບໍລິການລູກຄ້າຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ທາງຫຼັງຂອງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຫຼຸບໍ່ດີ, ຂໍໃຫ້ໂທເບີ 1-800-711-5519 (TTY 711).

無料の言語サービスをご利用頂けます。あなたのIDカードの裏面に記載されているサポートセンターの電話番号までご連絡ください。聴覚障害がある場合は、1-800-711-5519 (TTY 711)までご連絡ください。

زبان سے متعلق مفت خدمات دستیاب ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو، براہ کرم اپنے آئی ڈی کارڈ کی پشت پر موجود کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں۔ سمعی نقص والے کسٹمرز 1-800-711-5519 (TTY 711) پر کال کریں۔

Kostenlose Sprachdienste stehen zur Verfügung. Falls Sie diese benötigen, rufen Sie bitte die Kundendienstnummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte an. Hörbehinderte Kunden rufen bitte unter der Nummer 1-800-711-5519 (TTY 711) an.

خدمات رایگان زبان در دسترس است. در صورت نیاز، لطفاً با شماره خدمات مشتریان که در پشت کارت شناسایی تان درج شده است تماس بگیرید. مشتریانی که مشکل شنوایی دارند با شماره 1-800-711-5519 (TTY 711) تماس بگیرید.

Предлагаются бесплатные переводческие услуги. При необходимости, пожалуйста, позвоните по номеру Отдела обслуживания клиентов, указанному на оборотной стороне Вашей идентификационной карты. Клиенты с нарушениями слуха могут позвонить по номеру 1-800-711-5519 (Телефон с текстовым выходом: 711).

มีบริการด้านภาษาให้ใช้ได้ฟรี หากต้องการ โปรดโทรศัพท์ติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าตามหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวประชาชนของท่าน สำหรับลูกค้าที่มีปัญหาทางการได้ยิน โปรดโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-711-5519 (TTY 711)

