sonoma county
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS
Acerca de su Solicitud de Tratamiento

Aviso de Modificación

[Date]

[Member's Name]
[Address]
[City, State Zip]

[Provider's Name]
[Address]
[City, State Zip]
[Phone Number]

ASUNTO: [Service Requested]

[Name of Requestor] ha pedido a la División de Salud Conductual (BHD) del Condado de Sonoma que apruebe el [Service Requested]. No podemos aprobar este tratamiento tal como se solicita. Esto es porque [Using plain language, insert for the following three requirements: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity] .

En su lugar aprobaremos el siguiente tratamiento:

[Service or service length approved].

Puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. El aviso informativo adjunto “Sus Derechos” le explica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda jurídica gratuita. Se le recomienda enviar junto con su apelación cualquier información o documento que pueda ayudar a su apelación. El aviso informativo adjunto “Sus Derechos” proporciona los plazos que debe seguir cuando solicita una apelación.

Puede solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de las directrices, el protocolo o los criterios que utilizamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar esto, llame a la BHD del Condado de Sonoma (línea de acceso las 24 horas) al 1-707-565-6900 o al 1-800-870-8786 (llamada gratuita).

Si actualmente está recibiendo servicios y desea seguir recibiéndolos mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en que su plan de salud mental indica que se suspenderán o reducirán los servicios.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar al BHD del Condado de Sonoma (línea de acceso las 24 horas) al 1-707-565-6900 o 1-800-870-8786 (llamada gratuita). Si tiene problemas para hablar o escuchar, llame al servicio TTY/TDD: 711 (24 horas al día, 7 días a la semana), para pedir ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, braille o formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con la BHD del Condado de Sonoma llamando a la línea de acceso las 24 horas 1-707-565-6900 o 1-800-870-8786 (gratuito).

Si el Plan no le brinda la ayuda que necesita o si necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor del Pueblo de Medi-Cal Managed Care del estado puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del Pacífico), excepto feriados, al 1-888-452-8609.

Este aviso no afecta ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

[Signature Block]

Adjunto: Sus Derechos Bajo la Atención Administrada de Medi-Cal
Aviso de No Discriminación para Afiliados
Aviso de Disponibilidad

NOABD - SUS DERECHOS BAJO MEDI-CAL

Si necesita este aviso y otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, braille o formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con la BHD del Condado de Sonoma llamando a la línea de acceso las 24 horas: 1-707-565-6900 o 1-800-870-8786 (gratuito). O si tiene problemas para hablar o escuchar, llame al servicio TTY/TDD: 711 (24 horas al día, 7 días a la semana), para pedir ayuda.

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA PARA SU TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL O TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE LA BHD DEL CONDADO DE SONOMA.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de “Aviso de Determinación Adversa de Beneficios” para presentar una apelación. Si su Plan decidió reducir, suspender o finalizar el tratamiento que ya está recibiendo, tiene derecho a solicitar que el Plan continúe brindándole ese tratamiento mientras se revisa su apelación. Esto se llama "Ayuda pagada pendiente". Para calificar para la ayuda pagada pendiente, debe solicitarle a su Plan una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta, o antes de la fecha en que su Plan indica que los servicios finalizarán, lo que ocurra más tarde. Si bien su Plan debe otorgarle la Ayuda Pagada Pendiente cuando solicita una apelación dentro de los plazos anteriores, debe informar a su Plan cuando solicita una apelación que desea obtener la ayuda pagada pendiente hasta que se decida su apelación. Usted no será responsable del costo del tratamiento continuo si la decisión de la apelación confirma la Determinación Adversa de Beneficios del Plan.

Si no solicita la apelación antes de los 10 días de la fecha de la carta, O BIEN no solicita una apelación antes de la fecha en que su Plan indica que se detendrán los servicios, aún tiene 60 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de Determinación Adversa de Beneficios para solicitar una apelación. Sin embargo, no recibirá la ayuda pagada pendiente mientras se decide su apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, debe realizar un seguimiento con una apelación escrita y firmada. El Plan le brindará asistencia gratuita si necesita ayuda.

- Para apelar por teléfono: Comuníquese con el coordinador de quejas de la BHD del Condado de Sonoma entre las 8 a. m. y las 5 p. m., de lunes a viernes, llamando al 1-707-565-7895. O, si tiene problemas para oír o hablar, llame al servicio TTY/TDD: 711 (24 horas al día, 7 días a la semana).

- Para apelar por escrito: Complete un formulario de apelación o escriba una carta a la BHD del Condado de Sonoma y envíela a:

  Sonoma County Behavioral Health Division
  c/o Grievance Coordinator
  2227 Capricorn Way
  Santa Rosa, CA 95407-5419

  Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. La División de Salud Conductual del Condado de Sonoma también puede enviarle un formulario.

Usted mismo puede presentar una apelación. O bien, puede pedirle a alguien, como un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado, que presente la apelación por usted. A esta persona se le llama "representante autorizado". Puede enviar cualquier tipo de información que desee que su Plan revise. Su apelación será revisada por un proveedor diferente a la persona que tomó la primera decisión.

Su Plan tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento, recibirá una carta de "Notificación de Resolución de Apelación". Esta carta le informará lo que el Plan ha decidido. **Si no recibe una carta con la decisión del Plan dentro de los 30 días, puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso.** Lea la sección a continuación para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal.

APELACIONES ACELERADAS

Si cree que esperar 30 días dañará su salud, podría obtener una respuesta en 72 horas. Al presentar su apelación, explique por qué esperar perjudicará su salud. Asegúrese de pedir un "**apelación acelerada.**"

AUDIENCIA ESTATAL

Si presentó una apelación y recibió una carta de "Notificación de Resolución de Apelación" que le informa que su plan aún no brindará los servicios, o **nunca recibió una carta informándole de la decisión y han pasado más de 30 días**, puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por la Audiencia Estatal.

Debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Notificación de Resolución de Apelación". Si su Plan continuó brindándole el tratamiento en disputa durante el proceso de apelación del Plan, usted tiene derecho a solicitar que el Plan continúe brindándole ese tratamiento hasta que haya una decisión sobre la Audiencia Estatal. **Si actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar su tratamiento mientras se revisa su solicitud de Audiencia Estatal, debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los 10 días** a partir de la fecha en que se le entregó o envió por correo la "Notificación de resolución de apelación".

Cuando solicita una Audiencia Estatal, debe decir que desea continuar recibiendo su tratamiento. Usted no será responsable del costo del tratamiento continuo si la decisión de la Audiencia Estatal confirma la determinación adversa de beneficios del Plan. No tendrá que pagar por la Audiencia Estatal.

Puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, electrónicamente o por escrito:

- Por teléfono: Llame al **1-800-952-5253**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame a los servicios **TTY/TDD 1-800-952-8349**.

- Electrónicamente: Puede solicitar una Audiencia Estatal en línea. Visite la página web del Departamento de Servicios Sociales de California para completar el formulario electrónico: https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do

- Por escrito: Complete un formulario de Audiencia Estatal o envíe una carta a:

  California Department of Social Services
  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
  Sacramento, CA 94244-2430

  Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y el motivo por el que desea una Audiencia Estatal. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia Estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono al formulario o carta. Si necesita un intérprete, díganos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Le conseguiremos uno.

Después de solicitar una Audiencia Estatal, la decisión sobre su caso y el envío de la respuesta pueden tardar hasta 90 días. Si cree que esperar tanto tiempo dañará su salud, podría obtener una respuesta en un plazo de 3 días hábiles. Es posible que desee pedirle a su proveedor o Plan que escriba una carta para usted, o puede escribir una usted mismo. La carta debe explicar en detalle cómo esperar hasta 90 días para que se decida su caso dañará gravemente su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. Luego, solicite una “Audiencia acelerada” y proporcione la carta con su solicitud de Audiencia.

Segunda Opinión

Si lo solicita, tiene derecho a una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro o fuera de la red sin costo adicional.

Representante Autorizado

Usted mismo podrá hablar en la Audiencia Estatal. O alguien como un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, deberá informar a la oficina de Audiencias Estatales que esa persona tiene permitido hablar por usted. A esta persona se le llama “representante autorizado”.

AYUDA LEGAL

Puede obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al Programa de Asistencia legal local de su Condado al 1-888-804-3536.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. El condado de Sonoma cumple con las leyes estatales y federales sobre derechos civiles. El condado de Sonoma no discrimina ilegalmente, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

El condado de Sonoma proporciona:

- Ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor, tales como:
    - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no seainglés, tales como:
    - Intérpretes calificadas
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el condado entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. llamando al 707-565-7895. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 1-800-735-2929 o al 711. Si lo solicita, este documento puede ponerse a sudisposición en braille, letra grande, audio o formatos electrónicos accesibles.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

Si cree que el condado de Sonoma no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado ilegalmente de alguna otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Coordinador de Quejas de BHD. Puede presentar un reclamo por teléfono, por escrito, en persona o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Póngase en contacto con el Coordinador de Quejas deBHD de 8:00 a. m. a 5:00 p. m llamando al 707-565-7895. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 1-800-735-2929 o al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:

  Coordinador de quejas de BHD
  2227 Capricorn Way
  Santa Rosa, CA 95407-5419

- En persona: Visite el consultorio de su médico o el BHD y diga quequiere presentar una queja.

- Por medios electrónicos: Visite el sitio web del BHD del condado de Sonoma: https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services/health-services/divisions/behavioral-health/contractor-resources/medi-cal-informing-materials

---

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California, ya sea por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede escuchar o hablar bien,llame **al 711 (California State Relay)**.
- Por escrito: Completa un formulario de quejas o envíe una carta a la siguiente dirección:

  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  Apartado Postal 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

- Los formularios de reclamación están disponibles en: https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures

- Por medios electrónicos: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

---

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EE. UU.

Si cree que lo han discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., ya sea por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al 1-800-368-1019. Si no puede escuchar o hablar bien,llame al TTY/TDD 1-800-537-7697.

- Por escrito: Complete un formulario de quejas o envíe una carta a lasiguiente dirección:

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

- Los formularios de reclamación están disponibles en: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

- Por medios electrónicos: Visite el Portal de Reclamaciones de la OficindeDerechos Civiles en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

sonoma county
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English
ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)
يُرج الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY:711) . تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبري. اتصل بـ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)
ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។.

繁體中文 (Chinese)
请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)
توجه :اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) تماس بگیرید .کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است .با 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) تماس بگیرید .این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900] (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।.

Hmoob (Hmong)
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)
注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)
유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)
ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien
LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|.

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)
ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) **นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข** 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้.

Українська (Ukrainian)
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)
CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.