

**Acción Requerida: La explicación por escrito enviada no contenía suficiente información para verificar el ingreso anual**

**Cuando enviamos este aviso:** Enviamos un aviso de "acción requerida" cuando el Mercado necesita documento(s) adicional(es) del consumidor para confirmar la información en su solicitud del Mercado. El contenido de este aviso cambia según el tipo de información que el Mercado necesite confirmar.

**Lo que este aviso le dice al consumidor:** El Mercado no pudo confirmar sus ingresos familiares anuales porque el formulario que enviaron no contenía suficiente información. El aviso proporciona una tabla que incluye:

- Razones por las que el Mercado necesita más información.
- Qué tipo de documento(s) debe enviar en su lugar, o si debe actualizar su solicitud del Mercado.

El aviso le indica al consumidor que revise cada motivo marcado con una "X" y envíe documentos nuevos o diferentes de inmediato, en lugar de o junto con su formulario actualizado.

El aviso también le recuerda al consumidor que puede perder la ayuda financiera que reciba para su plan del Mercado si no presenta documentos aceptables.

# Mercado de Seguros Médicos

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
465 INDUSTRIAL BOULEVARD  
LONDON, KENTUCKY 40750-0001

[Name 1]  
[Address]  
[City, State ZIP]

[Date]

ID de la solicitud: [XXXXXXXXXX]

## Actúe ahora: Envíe más información para confirmar sus ingresos familiares

Este aviso es para: [Name 1]

No podemos confirmar sus ingresos familiares anuales con el formulario que envió recientemente. Esto se debe a que no contiene toda la información necesaria. Revise los puntos marcados con una "X" a continuación para los próximos pasos.

X	Necesitamos más información porque:	Haga lo siguiente:
X	No mencionó una fuente de ingresos.	Presente un nuevo formulario que nos indique de dónde provienen sus ingresos.
	Indicó que su hogar no tiene ingresos, pero no nos explicó el motivo.	Presente un nuevo formulario que aclare que nadie en su hogar está actualmente empleado o recibe ingresos de otras fuentes, como pensión alimenticia o beneficios de desempleo.
	No indicó la frecuencia ni el tiempo que estos ingresos cubren.	Envíe un nuevo formulario que nos indique con qué frecuencia recibe el pago o sus fechas de ingresos.
	Enumeró una cantidad que no coincide con la que indicó en su solicitud del Mercado.	Actualice su solicitud del Mercado para que coincida con la cantidad anual de ingresos del hogar que espera recibir durante el año.
	Usted dijo que su hogar no tiene ingresos, pero anteriormente presentó un documento que mostró ingresos para este año para usted u otro miembro de su hogar.	Presente un nuevo formulario que aclare si tiene ingresos para este año.
	Usted nos pidió que hiciéramos caso omiso de un documento de ingresos que nos envió, pero no explicó qué cantidad específica de ingresos en el documento no debería utilizarse para calcular sus ingresos del año.	Presente una nueva carta que describa exactamente qué o de quién información de ingresos de sus documentos anteriores no debe utilizarse para calcular su ingreso del año. Díganos por qué esa información no debe ser utilizada.

X	Necesitamos más información porque:	Haga lo siguiente:
	No nos solicitó que descartáramos un documento de ingresos que nos envió, pero no nos indicó por qué no debe utilizarse.	Presente un nuevo formulario con más detalles sobre por qué estos documentos no deben utilizarse para los ingresos de su hogar para el año.
	Usted indicó que trabaja por cuenta propia, pero no proporcionó toda la información necesaria para un libro de contabilidad de autoempleo.	Presente un libro de contabilidad de autoempleo con una declaración de ganancias y pérdidas netas.
	No mencionó una cantidad específica de ingresos.	Presente un nuevo formulario que indique la cantidad de ingresos que espera recibir durante el año.

### ¿Qué debo hacer ahora?

Envíe documentos nuevos o diferentes de inmediato, en lugar de o junto con su formulario actualizado. Este aviso incluye una lista de los documentos aceptables e instrucciones para enviarlos (ya sea que se haya inscrito a través de [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o a través del sitio web de un socio de inscripción certificado del Mercado).

Cuanto antes envíe los documentos, lo antes sabremos si puede conservar la ayuda financiera.

**Si no presenta documentos aceptables, es posible que no pueda obtener o conservar ayuda financiera para reducir los costos en su plan del Mercado.**

### Para obtener más ayuda

- Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.
- Haga una cita con alguien en su zona que pueda ayudarle. Puede encontrar información en [CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help](http://CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help).
- Reciba ayuda en un idioma diferente al español. La información acerca de cómo tener acceso a estos servicios se incluye con este aviso y está disponible a través del Centro de Llamadas del Mercado.
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado para obtener esta información en un formato alternativo como letra grande, braille o audio, sin costo alguno.

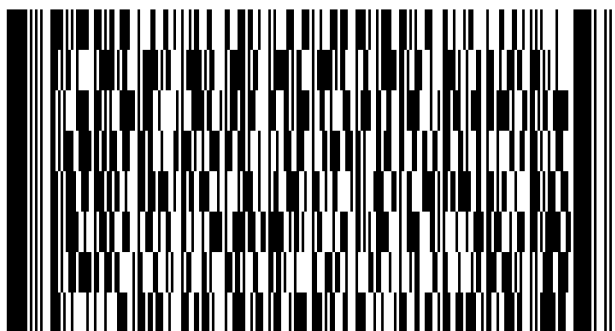
Atentamente,

Mercado de Seguros Médicos  
Departamento de Salud y Servicios Humanos  
465 Industrial Boulevard  
London, Kentucky 40750-0001

*Divulgación de privacidad:* El Mercado de Seguros Médicos protege la privacidad y seguridad de la información de identificación personal (PII en inglés) que ha proporcionado (visite [CuidadoDeSalud.gov/es/privacy](http://CuidadoDeSalud.gov/es/privacy)). Este aviso se genera por el Mercado según 45 CFR 155.230 y otras provisiones de 45 CFR parte 155, subparte D. El PII utilizado para crear este aviso se recolectó de la información que le ha proporcionado al Mercado de Seguros Médicos. Puede que el Mercado haya utilizado datos de otras agencias federales y estatales o de una agencia de informes del consumidor para determinar la elegibilidad de las personas que aparecen en su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1207.

*No discriminación:* El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega los beneficios o discrimina de otra manera a cualquier persona por motivos de raza, color, nacionalidad, incapacidad, sexo o edad. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por alguna de estas razones, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visite [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process](http://hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process), (en inglés), o escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos/ 200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, DC 20201.



[XXXXXXXXXX]

# Envío de documentos

**¿Por qué el Mercado me pidió que enviara documentos?**

No podemos confirmar toda la información de su solicitud, o la información que usted proporcionó no coincide con nuestros registros. Necesitamos que nos envíe documentos que confirmen sus ingresos, ciudadanía, estatus migratorio, cambio de vida u otros detalles. Si no envía los documentos solicitados puede perder su elegibilidad para la cobertura del Mercado o la ayuda financiera.

**Cómo presentar documentos**

**Cómo cargar documentos (la forma más rápida):**

1. Inicie sesión en su cuenta del Mercado.
2. Seleccione su solicitud actual, luego seleccione "Detalles de la solicitud".
3. Seleccione "Subir documentos" para cada elemento que requiera documentación.
4. Para cada elemento seleccione un tipo de documento, luego elija el archivo que desea subir.

**O, por correo:**

1. Envíe sólo copias (no originales).
2. Incluya su código de barras impreso abajo. Si no tiene un código de barras, incluya su nombre impreso y la identificación de la solicitud. Su ID de solicitud está cerca de su dirección postal en la parte superior de su aviso.
3. Envíe el(los) documento(s) a:  
Mercado de Seguros Médicos  
Attn: Procesamiento de Cobertura  
465 Industrial Boulevard  
London, KY 40750-0001

**Si usted hizo su solicitud del Mercado a través del sitio web de un socio de inscripción certificado:** Inicie sesión en su cuenta de ese sitio web para cargar documentos.

**Que documentos enviar**

Consulte las siguientes páginas para ver la lista de documentos que debe enviar. Puede cargar más de un documento para confirmar su información.

**¿Qué sucede después de enviar los documentos?**

Cuando recibamos sus documentos, haremos lo siguiente:

- Identificar sus documentos con su solicitud
- Revisar cada documento para asegurar si confirma lo que necesitamos
- Comunicarnos con usted si necesitamos más información

Si no ha tenido noticias nuestras en un mes, es posible que aún estemos revisando su información o que no hayamos recibido sus documentos. Para verificar si los recibimos, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

**Si envía los documentos por correo al Mercado, incluya esta página de código de barras en el sobre para que podamos hacer coincidir sus documentos con su solicitud.**

Identificación (ID) de Solicitud: [XXXXXXXXXX]

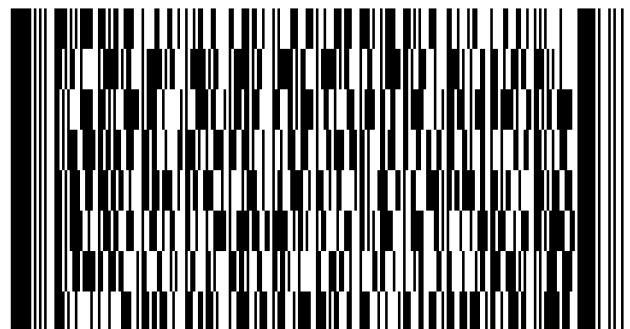
Fecha de solicitud: [Date]

Fecha de solicitud:

[Name 1]

[Address]

[City, State ZIP]



[XXXXXXXXXX]

## Mercado de Seguros Médicos

### Documentos para confirmar

# Ingresos del hogar

Envíe uno o más documentos de esta lista. Si no envía documentos aceptables, su ayuda financiera puede cambiar o terminar. El documento que envíe debe mostrar una cantidad de ingresos anuales que coincida con la cantidad de su solicitud. Si tiene un empleo diferente al que tenía el año pasado, envíe talones de pago recientes de su nuevo empleo en lugar de la declaración de impuestos del año pasado o W2.

#### Documentos para confirmar ingresos anuales

- **1040 declaración de impuestos federales o estatales.** Debe contener su nombre y apellido, cantidad de ingresos y año fiscal. A partir de las declaraciones de impuestos de 2018, si presenta el Anexo 1, debe presentarlo con su 1040.
- **Declaración de salarios e impuestos (W-2 y/o 1099, incluidos 1099 MISC, 1099G, 1099R, 1099SSA, 1099DIV, 1099SS, 1099INT).** Debe contener su nombre y apellido, cantidad de ingresos, año y nombre del empleador (si corresponde).
- **Talón de pago.** Debe contener su nombre y apellido, cantidad de ingresos, período de pago o frecuencia de pago con la fecha de pago. Si el recibo de pago incluye horas adicionales, indique la cantidad promedio de horas adicionales por cheque de pago.
- **Documentación del libro mayor de empleo por cuenta propia** (puede ser un Anexo C, el estado de pérdidas y ganancias trimestral o anual más reciente, o un libro mayor de empleo por cuenta propia). Debe contener su nombre y apellido, nombre de la empresa y cantidad de ingresos. Si está enviando un libro mayor por empleo de cuenta propia, incluya las fechas cubiertas por el libro mayor y el ingreso neto de ganancias/pérdidas.
- **Estados de cuenta del Seguro Social** (Carta de Beneficios del Seguro Social). Debe contener su nombre y apellido, cantidad del beneficio y frecuencia de pago.
- **Carta de desempleo o carta de beneficios de reajuste comercial.** Debe contener el nombre, apellido, fuente/agencia, cantidad del beneficio y duración (fecha de inicio y finalización, si corresponde).
- **Explicación escrita.** Envíe una carta con su nombre, fecha de nacimiento e ingresos para el año de cobertura. Puede explicar por qué:
  - Su ingreso anual es diferente a nuestras fuentes de datos (por ejemplo, si trabajó más o menos, obtuvo un aumento, perdió su trabajo, se jubiló o comenzó a recibir desempleo).
  - Los ingresos de su trabajo por cuenta propia son diferentes de los que figuran en los documentos que está enviando.
  - Los documentos no están disponibles debido a circunstancias especiales, como un incendio o una inundación.
  - Su ingreso es \$0.

#### Documentos para confirmar los ingresos del empleo por cuenta propia

- 1040 SE con Schedule C, F o SE
- Anexo K-1 (formulario 1120-S)
- Anexo K-1 (formulario 1065)
- Declaración de impuestos personales (no se aceptan declaraciones de impuestos comerciales)
- Registros de contabilidad
- Recibos de TODOS los gastos permitidos
- Hojas de tiempo firmadas y recibo de nómina, si tiene empleados
- Libro mayor de empleo por cuenta propia
- Estado de pérdidas y ganancias trimestral o anual más reciente

#### Documentos para confirmar ingresos no derivados del empleo (continúa en la página siguiente)

- Declaración de anualidad
- Declaración de distribución de pensiones de cualquier fuente
- Premios, acuerdos y premios, incluida la carta de adjudicación ordenada por un tribunal
- Prueba de pago de huelga y otros beneficios de los sindicatos
- Recibos de venta u otra prueba de dinero recibido por la venta, intercambio o reemplazo de cosas que posee

# **Mercado de Seguros Médicos**

## **Documentos para confirmar ingresos no derivados del empleo (continuación)**

- Cuenta de resultados de intereses y dividendos
- 1099-MISC, Ingresos varios
- Comprobante de pagos de bonificación/incentivo
- Comprobante de indemnización por despido
- Comprobante de pago que indique la paga por enfermedad
- Carta, depósito u otra prueba de pagos de compensación diferidos
- Comprobante de pago que indique el sueldo del sustituto/asistente
- Comprobante de pago que muestra el pago de vacaciones
- Prueba de residuos
- Carta, depósito u otro comprobante de pago de reembolso de viaje/negocio

**This Notice has Important Information.** This notice has important information about your application or coverage through the Health Insurance Marketplace®. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1-800-318-2596 and wait through the opening. When an agent answers, state the language you need and you'll be connected with an interpreter.

**العربية (Arabic) يحوي هذا الإشعار على معلومات مهمة.** يحوي هذا الإشعار على معلومات مهمة بخصوص طلبك أو تغطيتك عبر سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace®). إبحث عن التواريخ المهمة في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى إتخاذ إجراء بحلول تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة بخصوص التكاليف. يحق لك الحصول على هذه المعلومات و على المساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. إتصل بالرقم 1-800-318-2596 وانتظر حتى تنتهي الافتتاحية. اذكر اللغة التي تحتاجها عندما يرد عليك العميل و سيتم وصلك بمترجم فوري.

**中文 (Chinese) 本通知含有重要的訊息。** 本通知含有關於通過健康保險市場 (Health Insurance Marketplace®) 申請或獲得承保的重要訊息。請在本通知中查看重要的日期。您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢。您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。請致電 1-800-318-2596 並等待接聽。告訴服務代表要用的語言後，便會接通口譯員。

**Français (French) Cet avis contient des informations importantes.** Cet avis comporte des informations importantes relatives à votre demande ou à votre couverture par le marché de l'assurance maladie (Health Insurance Marketplace®). Prêtez attention aux dates importantes figurant dans cet avis. Il se peut que vous deviez prendre des mesures avant certaines dates limites pour conserver votre couverture médicale ou bénéficier d'une aide financière. Vous êtes en droit d'obtenir ces informations et cette aide dans votre langue, et ce gratuitement. Appelez le 1-800-318-2596 et patientez. Dès qu'un agent décroche, indiquez la langue dont vous avez besoin et vous serez mis en rapport avec un interprète.

**Kreyòl (French Creole) Avi sa a gen enfòmasyon Enpòtan.** Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan konsènan aplikasyon w lan ak pwoteksyon ou an atravè Health Insurance Marketplace®. Chèche dat kle yo nan avi sa a. Li posib pou pran desizyon avan sèten dat limit pou konsève pwoteksyon medikal ou oswa pou ede ak pri yo. Ou gen dwa pou jwenn enfòmasyon sa a ak èd nan lang ou gratis. Rele 1-800-318-2596 epi tann sou liy nan. Lè yon ajan reponn, di lang ou bezwen an epi y ap mete w an koneksyon avèk yon entèprèt.

**Deutsch (German) Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen.** Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag oder Ihrer Versicherung über den Health Insurance Marketplace®. Achten Sie auf die Eckdaten in dieser Mitteilung. Möglicherweise müssen Sie innerhalb bestimmter Fristen Maßnahmen ergreifen, um Ihren Krankenversicherungsschutz zu behalten oder sich an den Kosten zu beteiligen. Sie haben das Recht, die Informationen und Hilfen kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie die Nummer 1-800-318-2596 an und warten Sie, bis das Gespräch angenommen wird. Wenn sich ein Mitarbeiter meldet, geben Sie die Sprache an, die Sie benötigen, und Sie werden mit einem Dolmetscher verbunden.

**ગુજરાતી (Gujarati) આ સૂચનામાં અગત્યની માહિતી છે.** આ સૂચનામાં તમારી આરોગ્ય વીમા બજાર (Health Insurance Marketplace®) દ્વારા કરવામાં આવેલ અરજી અથવા તેના દ્વારા આવરી લીધેલ જોખમ વિશે અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાં મુખ્ય તારીખો જુઓ. તમારા વીમા દ્વારા આવરી લીધેલ આરોગ્ય જોખમ અથવા ખર્ચમાં મદદને જાળવી રાખવા માટે તમારે ચોક્કસ સમયમર્યાદામાં પગલાં લેવાની જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આ માહિતી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-800-318-2596 પર કૉલ કરો અને શરૂઆતમાં રાહ જુઓ. જ્યારે કોઈ પ્રતિનિધિ જવાબ આપે, ત્યારે તમને જોઈતી ભાષા જણાવો અને તમને અનુવાદક સાથે જોડવામાં આવશે.

**Italiano (Italian) Questo avviso contiene importanti informazioni.** Questo avviso contiene importanti informazioni sulla tua richiesta o copertura assicurativa attraverso il mercato delle assicurazioni sanitarie (Health Insurance Marketplace®). Questo avviso include date importanti. Potrebbe essere necessario un tuo intervento entro certe scadenze per mantenere l'assicurazione sanitaria o assistenza con i costi. Hai diritto ad ottenere queste informazioni e assistenza nella tua lingua a titolo gratuito. Chiama il 1-800-318-2596 e attendi la fine dell'introduzione. Quando un agente risponde, indica la lingua di cui hai bisogno e sarai collegato a un interprete.

**日本語(Japanese) この通知には重要な情報が含まれています。** この通知には、健康保険マーケットプレイス (Health Insurance Marketplace®) 経由のアプリケーションまたは補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知では、重要な期日について確認してください。補償範囲や費用サポートを維持するには、指定の期日までにご対応いただく必要がある場合があります。これらの情報を無料で取得する権利および希望の言語でサポートを受ける権利があります。1-800-318-2596 にお問い合わせいただき、つながるまでお待ちください。エージェントにつながりましたら、必要とする言語をお伝え下さい。通訳者とつながります。





**한국어 (Korean) 본 통지는 중요한 정보를 담고 있습니다.** 본 통지는 건강보험 마켓플레이스(Health Insurance Marketplace®)를 이용한 신청 또는 보장에 대한 중요한 정보를 담고 있습니다. 본 통지에서 주요 날짜를 확인하십시오. 건강보험을 유지하거나 비용에 도움을 받기 위해 특정 마감일까지 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하에게는 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1-800-318-2596으로 전화하여 연결을 기다리십시오. 담당자가 연결될 때, 원하시는 언어를 알려주시면 통역자에게 연결됩니다.

**Polski (Polish) Niniejsze zawiadomienie zawiera ważne informacje.** Niniejsze zawiadomienie zawiera ważne informacje na temat Twojego wniosku lub zakresu ubezpieczenia za pośrednictwem rynku ubezpieczeń zdrowotnych (Health Insurance Marketplace®). Szukaj kluczowych dat w tym ogłoszeniu. Być może będziesz musiał/a podjąć działania w określonych terminach, aby utrzymać ubezpieczenie zdrowotne lub pomóc w pokryciu kosztów. Masz prawo do uzyskania tych informacji i pomocy w swoim języku bez żadnych kosztów. Zadzwoń pod numer 1-800-318-2596 i czekaj, aż skończy się wstępna informacja. Gdy włączy się agent, podaj język, który jest Ci potrzebny, a zostaniesz połączony z tłumaczem.

**Português (Portuguese) Este aviso tem informações importantes.** Este aviso tem informações importantes sobre sua solicitação ou cobertura por meio do mercado de seguros de saúde (Health Insurance Marketplace®). Procure as datas importantes neste aviso. Você pode precisar agir dentro de certos prazos para manter sua cobertura de saúde ou obter ajuda com os custos. Você tem o direito de obter essas informações e ajuda gratuitamente no seu idioma. Ligue para 1-800-318-2596 e espere o fim da gravação de abertura. Quando o agente responder, diga o idioma que você precisa e você será conectado(a) a um intérprete.

**Русский (Russian) В этом уведомлении содержится важная информация.** В этом уведомлении содержится важная информация о вашей заявке или страховом покрытии на портале Рынка медицинского страхования Marketplace (Health Insurance Marketplace®). Это уведомление содержит ключевые даты. Возможно, вам потребуется принять меры к определенным срокам, чтобы сохранить свою медицинскую страховку или помочь в покрытии расходов. У вас есть право получить эту информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-318-2596 и переждите вступительное сообщение. Когда агент ответит, укажите нужный вам язык, и вас соединят с переводчиком.

**Español (Spanish) Este Aviso contiene Información Importante.** Este aviso contiene información importante sobre su solicitud o su cobertura del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace®). Preste atención a las fechas claves en este aviso. Usted podría tener que actuar dentro de ciertos plazos para mantener su cobertura médica u obtener ayuda con los costos. Tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo. Llame al 1-800-318-2596 y espere hasta el fin del mensaje inicial. Cuando un agente contesta, indique el idioma que usted necesita y será conectado con un intérprete.

**Tagalog (Tagalog) Ang Paunawang ito ay mayroong mahalagang impormasyon.** Ang paunawang ito ay mayroong mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng Pamilihan ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Marketplace®). Tingnan ang mga pangunahing petsa sa paunawang ito. Maaaring kailangan mong gumawa ng aksyon sa tiyak na mga huling araw upang mapanatili mo ang sakop sa kalusugan o makatulong sa mga gastos. Mayroon kang karapatan na makakuha ng ganitong impormasyon at ng tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa 1-800-318-2596 at maghintay hanggang magbukas. Kapag sumagot ang isang ahente, sabihin mo ang wika na kailangan mo at iuugnay ka sa isang tagasalin ng wika.

**Tiếng Việt (Vietnamese) Thông báo này có Thông tin Quan trọng.** Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc bảo hiểm của quý vị thông qua Thị trường Bảo hiểm Sức khỏe (Health Insurance Marketplace®). Tìm xem các ngày quan trọng trong thông báo này. Quý vị có thể cần phải hành động theo một số thời hạn nhất định để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc được giúp đỡ về phần chi phí. Quý vị có quyền nhận thông tin này và được giúp đỡ bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Hãy gọi 1-800-318-2596 và đợi đến khi mở cửa. Khi người đại diện trả lời, hãy nói với họ ngôn ngữ mà quý vị cần sử dụng và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

