

**تعیین و یا منصوب، تغییر یا حذف یک نماینده مجاز: سازمان**  
**(APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)**

برای انتصاب، تغییر یا حذف یک سازمان به عنوان نماینده مجاز خود، فورم سازمان، F-10126B را تکمیل و ارسال کنید. برای تغییر شخص برای تماس سازمان، شما یا سازمان باید با آژانس خود تماس بگیرید. اطلاعات تماس آژانس شما در وب سایت Department of Health Services Wisconsin (وزارت خدمات صحتی) (DHS) به نشانی [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) است.

برای انتصاب یک شخص به عنوان نماینده مجاز خود، در عوض فورم **انتصاب، تغییر یا حذف یک نماینده مجاز: فرم شخص، F-10126A** را تکمیل و ارسال کنید.

اگر شما یک قیم قانونی دارید، قیم قانونی شخص و دارایی، قیم قانونی به طور کلی یا نگهبان دارید، اگر می‌خواهید غیر از او شخصی نماینده تام الاختیار شما باشد، آن شخص باید یک نماینده مجاز برای شما تعیین کند. اگر وکالتنامه با دوام دارید، شما یا وکالتنامه شما می‌توانید یک نماینده مجاز تعیین کنید.

اطلاعات شناسایی شخصی ارائه شده در این فورم فقط برای مدیریت مستقیم Wisconsin Medicaid، FoodShare، BadgerCare Plus، و Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده)، و Caretaker Supplement (سرپرست یا مکمل سرپرستی) استفاده می‌شود.

**اطلاعات نماینده مجاز**

نماینده مجاز سازمانی است که با شرایط خانواده شما آشنا است و شما به آن اعتماد دارید تا از طرف شما اقدام کند. هر کسی می‌تواند به عنوان نماینده مجاز شما به جز موارد زیر خدمت کند:

- افرادی که به دلیل نقض عمدی برنامه FoodShare رد صلاحیت شده اند، نمی‌توانند در طول دوره رد صلاحیت خود به عنوان نماینده مجاز خدمت کنند، مگر اینکه هیچ کس دیگری نتواند به عنوان نماینده مجاز خدمت کند.
- ارائه دهندگان غذای بی خانمان، نه می‌توانند به عنوان نماینده مجاز برای یک واحد غذای بی خانمان خدمت کنند. (یک واحد غذایی یک یا چند نفر است که با یک دیگر زندگی می‌کنند و با هم غذا می‌خورند و درست می‌کنند.)
- کارمندان آژانس که به تعیین واجد شرایط بودن برای مزایا کمک می‌کنند، نمی‌توانند به عنوان نماینده مجاز خدمت کنند. ممکن است تأیید کتبی ویژه ای برای آنها داده شود تا در شرایط خاص به عنوان نماینده مجاز خدمت کنند.
- خرده فروشانی که مجاز به پذیرش مزایای FoodShare هستند، نمیتوانند به عنوان نماینده با صلاحیت خدمت کنند، به جز مراکز درمان مواد مخدر و الکل که خرده فروشان مجاز هستند.

پس از منصوب شدن، نماینده مجاز شما می‌تواند یکی یا همه موارد زیر را از طرف شما انجام دهد:

- برای مزایا درخواست یا تمدید کنید
  - تغییرات در اطلاعات خود را گزارش دهید
  - با آژانس خود در مورد هر موضوع مرتبط با مزایای خود همکاری کنید
  - شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر در مورد واجد شرایط بودن خود برای برنامه‌هایی که درخواست می‌دهید یا در آن ثبت‌نام کرده‌اید، ثبت کنید.
- همچنین می‌توانید انتخاب کنید که نماینده مجاز شما کپی نامه‌هایی در مورد واجد شرایط بودن و مزایای شما دریافت کند.

برای درخواست یا دریافت مزایای نیازی نیست تا نماینده با صلاحیت داشته باشید. برای درخواست FoodShare هنگام اقامت در یک مرکز درمان مواد مخدر و الکل، یک نماینده سازمان با صلاحیت باید از طرف شما درخواست دهد.

نماینده مجاز که در این فرم منصوب می‌کنید می‌تواند از طرف شما برای هر یک از برنامه‌های زیر عمل کند: Wisconsin Medicaid، FoodShare، BadgerCare Plus، فقط خدمات Family Planning Only Services (فقط خدمات تنظیم خانواده) Caretaker Supplement (سرپرست یا مکمل سرپرستی). اگر در یکی از این برنامه‌ها و Wisconsin Works (کار Wisconsin) (W-2) ثبت نام کرده‌اید، نماینده مجاز شما نیز ممکن است از طرف شما برای W-2 اقدام کند.

نماینده مجاز شما در این فورم نه می‌تواند از طرف شما برای برنامه Wisconsin Shares Child Care Subsidy (مراقبت از کودکان سهام Wisconsin) اقدام کند. اگر برای Wisconsin Shares درخواست می‌دهید، باید برای خودتان درخواست بدهید.

**دستورالعمل‌های فرم**

اگر اطلاعات مورد نیاز در این فورم وجود نداشته باشد، از جمله هر یک از امضاها، فورم ناقص تلقی می‌شود و نماینده مجاز شما نمی‌تواند از طرف شما اقدام کند.

**بخش 1** — باید بخش 1 را تکمیل کنید. باید انتخاب کنید که آیا نماینده مجاز را منصوب می‌کنید، تغییر می‌دهید یا حذف می‌کنید. همچنین باید نام و تاریخ تولد خود را ارائه دهید تا بتوانیم شما را شناسایی کنیم. اگر در حال انتصاب یا تغییر یک نماینده مجاز هستید، انتخاب کنید که آیا می‌خواهید نماینده مجاز شما کپی نامه‌های شما را دریافت کند یا خیر. بعد، بیانیتهای تفاهم را بخوانید. اگر موافق هستید، فورم را امضا کرده و تاریخ آن را تعیین کنید.

**بخش 2** — شخصی که می تواند از طرف سازمان اقدام کند باید بخش 2 را تکمیل کند. آن شخص باید نام و اطلاعات تماس سازمان و همچنین نام خود را ارائه دهد. همچنین در صورت موافقت سازمان و شخص تماس با اظهارات، فرد باید اظهارات تفاهم را بخواند و فورم را امضا و تاریخ آن را امضا کند.

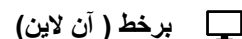
**بخش 3** — اگر در حال انتصاب یا تغییر یک نماینده مجاز هستید، باید کسی را به غیر از نماینده مجاز خود داشته باشید که این فورم را امضا کند. این شخص را شاهد می نامند. اگر این فورم را با "X" امضا کنید، دو شاهد باید از امضای شما در فورم نظارت کنند. شاهد یا شهود باید نام، امضا و تاریخی که فرم را امضا کرده اند ارائه دهند.

## ارسال فورم

می توانید فورم تکمیل شده خود را به یکی از روش های زیر ارسال کنید:



پست



برخط (آن لاین)

• اگر در **Milwaukee شهر کوچک** زندگی می کنید، فورم را به آدرس زیر ارسال کنید:  
MDPU  
6055 N. 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee, WI 53218

• اگر در **Milwaukee شهر کوچک نیستید**، فورم را به آدرس زیر ارسال نمایید:  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547

تمام صفحات فورم را به **ACCESS** اسکین کنید. می توانید این کار را از طریق حساب **ACCESS** خود انجام دهید، که می توانید در [access.wi.gov](http://access.wi.gov) وارد شوید. (توجه: اگر حساب **ACCESS** ندارید، می توانید به [access.wi.gov](http://access.wi.gov) بروید و یک حساب ایجاد کنید.)

**توجه:** شما فقط می توانید در زمان های خاصی فورم ها را برای **ACCESS** اسکین کنید. اگر نه می توانید فورم را به **ACCESS** اسکین کنید، فورم را با استفاده از یکی از راه های دیگر ارسال کنید.

به صورت حضوری

فکس

فورم را به آژانس خود ببرید. اطلاعات تماس آژانس شما در وبسایت **DHS** به نشانی [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm) موجود است.

• اگر در **Milwaukee شهر کوچک** زندگی می کنید، فرم را به 888-409-1979 فکس نمایید.  
• اگر در **Milwaukee شهر کوچک نیستید**، فورم را به شماره 855-293-1822 فکس نمایید.

برای اطلاعات بیشتر در مورد نمایندگان مجاز، به وب سایت **DHS** به آدرس [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm) مراجعه کنید.



توسط متقاضی/عضو پر شود

بخش 1

من هستم:

تعیین نماینده مجاز. شما باید همه بخش 1 را پر کنید.

در حال تغییر نماینده مجاز. شما باید همه بخش 1 را پر کنید. مطمئن شوید که به نام نماینده مجاز جدید خود در قسمت B بنویسید.

حذف کردن نماینده مجاز من. شما باید بخش **A** و **D** از بخش 1 را پر کنید. قسمت B را خالی بگذارید.

**بخش A: اطلاعات شخصی**

نام - متقاضی/عضو (آخر، اول، وسط اولیه)

تاریخ تولد

شماره پرونده (اگر دارید)

**بخش B: اطلاعات مجوز**

من سازمان زیر را به عنوان نماینده تام الاختیار خود منصوب می کنم:

من از نماینده مجاز من می خواهم کپی نامه هایی در مورد واجد شرایط بودن و مزایای من دریافت کند. لطفا توجه داشته باشید که نامه ها به مسئول تماس سازمان ارسال می شود.

بله       نخیر **بخش C: بیانیه های تفاهم**

من می فهمم و موافق هستم که:

- من این حق را دارم که هر سازمانی را که بخواهم به عنوان نماینده مجاز خود انتخاب کنم.
- من می توانم نماینده مجاز خود را در هر زمانی تغییر دهم یا حذف کنم. من باید به طور کتبی به ژانس خود اطلاع دهم که می خواهم نماینده مجاز خود را تغییر دهم یا حذف کنم.
- من مجبور نیستم به سازمان بگویم که آن را به عنوان نماینده مجاز خود حذف می کنم.
- نماینده مجاز ذکر شده در این فورم تا زمانی که آنها را تغییر دهم یا حذف کنم، نماینده مجاز من باقی خواهد ماند.
- نمایندگان با صلاحیت مرکز درمان مواد مخدر و الکل پس از ترخیص حذف خواهند شد. ارسال این سند برای پایان دادن به صلاحیت اختیاری است.
- نماینده مجاز من به اطلاعات شخصی من مانند شماره تامین اجتماعی، صورت های مالی و اطلاعات پزشکی دسترسی خواهد داشت تا به من در مدیریت واجد شرایط بودن کمک کند.
- من باید اطلاعات واقعی و دقیق را به نماینده مجاز خود ارائه دهم.
- من مسئول اشتباهات و اطلاعات نادرستی که نماینده مجاز من گزارش می دهد هستم. من درک می کنم که اگر نماینده مجاز من یا من اطلاعات نادرست ارائه دهیم یا اطلاعاتی را پنهان کنیم، ممکن است:
  - باید مزایایی را که نباید می گرفتیم پس بدهیم.
  - جریمه شویم.
  - محروم شدن از یک برنامه
  - به دلیل کلاهبرداری تحت پیگرد قانونی قرار شویم.
- با امضای این فورم می گویم که اظهارات فوق را درک کرده و با آن موافق هستم.

**قسمت D: امضا و تاریخ**

امضا — متقاضی/عضو



تاریخ امضا



توسط نماینده مجاز پر می شود

بخش 2

## بخش A: اطلاعات تماس

نام - سازمان

آدرس سرک (ستریٹ)

شماره تلفون (شامل کد محل/ منطقه)	کد پستی	ایالت	شهر
----------------------------------	---------	-------	-----

نام - تماس سازمان (آخر، اول، وسط)

عنوان شغل - تماس با سازمان


آدرس ایمیل — تماس با سازمان (اختیاری)

## بخش B: بیانیه های تفاهم


من می فهمم و موافق هستم که:

- من مجاز هستم از طرف سازمان فهرست شده در بخش 2، قسمت A اقدام کنم.
- به عنوان یک نماینده مجاز، سازمان محدود به انجام هر یک یا همه موارد زیر از طرف متقاضی یا عضو است:
  - درخواست یا تمدید مزایا
  - گزارش تغییرات
  - کار با آژانس متقاضی یا عضو در مورد هر موضوع مرتبط با مزایا
  - ثبت شکایات و تجدیدنظرهای مربوط به صلاحیت
- انتظار می رود که سازمان با شرایط متقاضی یا اعضا آشنا باشد.
- سازمان باید هر گونه تغییر در تماس فهرست شده در بخش 2، قسمت A را به آژانس متقاضی یا عضو گزارش دهد.
- متقاضی یا عضو می تواند در هر زمانی سازمان را از نمایندگی مجاز خود حذف کند.
- متقاضی یا عضو نیازی به اطلاع سازمان مبنی بر حذف از خدمت به عنوان نماینده مجاز خود ندارد.
- سازمان نماینده مجاز متقاضی یا عضو است تا زمانی که نماینده مجاز دیگری را درخواست کند یا انتخاب کند که نماینده مجاز نداشته باشد.
- سازمان و هرکسی که از طرف آن فعالیت می کند باید اطلاعات واقعی و دقیق ارائه دهد.
- اگر سازمان اطلاعات نادرست یا نادرست ارائه دهد، متقاضی یا عضو ممکن است نیاز به بازپرداخت مزایای مراقبت های بهداشتی دریافتی اشتباه داشته باشد.
- اگر سازمان عمداً قوانین برنامه را نقض کند، باید تمام مزایای FoodShare را که به اشتباه استفاده شده یا دریافت کرده است، بازپرداخت کند.
- سازمان و هر کسی که از طرف آن عمل می کند باید قوانین و مقررات قابل اجرا و فدرالی، از جمله 42 C.F.R. قسمت 431 فرعی F، 42 C.F.R. § 447.10; 45 C.F.R. § 155.260(f) و CFR 273.2(n)(4) در مورد تضاد منافع و محرمانه بودن اطلاعات مطابقت داشته باشد.
- با امضای این فورم، می گویم که از طرف سازمان فهرست شده در بخش 2، قسمت A، اظهارات بالا را درک کرده و با آن موافق هستم.

- با امضای این فورم، می‌گویم که سازمان فهرست شده در بخش 2، قسمت A به عنوان نماینده مجاز متقاضی یا عضو فهرست شده در بخش 1 خدمت خواهد کرد.

قسمت C: امضا و تاریخ	
تاریخ امضا	امضا — تماس با سازمان 

	بخش 3	توسط شاهدان پر شود
--	-------	--------------------

نام - شاهد (آخر، اول، وسط اولیه)	
تاریخ امضا	امضا — شاهد 

نام - شاهد (آخر، اول، وسط اولیه) (اگر متقاضی/عضو با X امضا شده باشد)

تاریخ امضا	امضا — شاهد 
------------	--

برنامه کمکی تغذیه تکمیلی (SNAP) و برنامه توضیح مواد غذایی در مناطق اختصاصی سرخ پوستان بومی ایالات متحده آمریکا (FDPIR) نمایندگی های ایالتی یا محلی و دریافت کننده های فرعی شان باید بیانیته عدم تبعیض زیر را به نشر برسانند:

در اینجا درخواست ارسال نکنید

در مطابقت با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا (USDA) این نهاد از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، جنسیت (به شمول هویت جنسی و گرایش جنسی) عقیده مذهبی، معلولیت، سن، اعتقادات سیاسی، یا انتقام جویی یا عمل تلافی جویانه به دلیل فعالیت حقوق مدنی قبلی ممنوع میباشد.

معلومات در مورد این برنامه میتواند به زبان های غیر از انگلیسی قابل دسترس قرار گیرد. افرادی که دارای معلولیت اند و نیاز به ابزارهای جایگزین جهت بدست آوردن معلومات دارند (مانند خط بریل، چاپ متن به اندازه گ، نوار صوتی، زبان اشاره ای امریکایی) (باید با اداره ایالتی یا محلی) که در آنجا درخواست برای دریافت مزایا کرده اند تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا دارای ناتوانی های گفتاری اند، می توانند از طریق خدمات باز پخش فدرال با وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا به شماره 877-8339-800 (تماس بگیرند).

برای ثبت شکایت تبعیض در مورد این برنامه شکایت کننده باید فورمه AD-3027 را که فورمه شکایت تبعیض USDA (وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا) میباشد را از ادرس انترنتی زیر بدست آورده تکمیل

نماید. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-dari.pdf>

این فورمه را از هر دفتر USDA (وزارت زراعت ایالات متحده

آمریکا) با تماس به شماره 620-1071-833 یا نوشتن یک مکتوب به آدرس USDA (وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا) میتوان بدست آورد. مکتوب باید حاوی اسم، آدرس، شماره تلفون شکایت کننده، و شرح کتبی از اقدام تبعیض آمیز با جزئیات کافی باشد تا به دستیار حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعای حقوق مدنی اطلاع دهد. فورمه تکمیل شده AD-3027 باید به آدرس زیر ارسال شود:

(۱) آدرس پستی:

Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; یا

(۲) شماره فکس:

یا (202)-690-7442 یا (833)-256-1665

(۳) ایمیل یا آدرس انترنتی:

[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

این یک نهاد فراهم کننده فرصتهای مساوی میباشد.

در اینجا درخواست ارسال نکنید

د غیر تبعیض خبرتیا: تبعیض غیرقانونی اقدام دی - د روغتیایي مراقبت اړوند پروگرامونه د وسکسنز Wisconsin Department of Health Services (د روغتیایي خدماتو اداره) د فدرال د مدني حقونو د تطبیق وړ قوانین مراعت کوي او د توکم، رنگ، ملیت، عمر، معلولیت یا جنس پر اساس څه تبعیض او توپیر نه کوي. Department of Health Services (د روغتیایي خدماتو اداره) د توکم، رنگ، ملیت، عمر، معلولیت یا جنس پر اساس خلک د خپل پروگرامونو څخه نه وباسي او نه ورسره مختلف چلند کوي.

Department of Health Services (د روغتیایي خدماتو اداره)

- معلولیت لرونکي کسانو ته وړیا مرستې او خدمات وړاندې کوي، څو وکولای شي چې زموږ سره په ښه توګه اړیکه ونیسي، لکه:
  - د اشارې د ژبې لیاقت لرونکي ترجمانان.
  - په نورو بڼو کې لیکل شوي معلومات (غټ چاپ، آډیو، د لاسرسي وړ الیکټرونیکي بڼې، نورې بڼې).
- هغه کسانو ته د ژبې وړیا خدمات وړاندې کوي چې مورنۍ ژبه یې انګلیسي نه وي، لکه:
  - لیاقت لرونکي ترجمانان
  - په نورو ژبو کې لیکل شوي معلومات.

که تاسو دې خدماتو ته اړتیا لرئ، Department of Health Services (د روغتیایي خدماتو اداره) مدني حقونو د منظم سره په 844-201-6870 اړیکه ټینګه کړئ.

که تاسو فکر کوئ چې Department of Health Services (د روغتیایي خدماتو اداره) تاسو ته په دې خدماتو وړاندې کولو کې ناکامه شوه یا ستاسو سره د توکم، رنگ، ملیت، عمر، معلولیت یا جنس پر اساس څه ډول تبعیض او توپیر وشو، نو دلته خپل رسمي شکایت ثبتولی شئ: په خدمت کې د، روغتیایي خدماتو اداره: د مدني حقونو منظم،

Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850  
 608-267-1434، فاکس: 711، TTY: 844-201-6870، یا په دې ادرس برېښنالیک واستوئ [dhsccr@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsccr@dhs.wisconsin.gov). تاسو په شخصي توګه، د پوستې، فاکس یا برېښنالیک له لارې رسمي شکایت وړاندې کولی شئ. که تاسو په رسمي شکایت بشپړولو کې مرستې ته اړتیا لرئ، Department of Health Services (د روغتیایي خدماتو د ادارې) د مدني حقونو منظم ستاسو سره د مرستې لپاره موجود دی.

همداراز، تاسو U.S. Department of Health and Human Services (د متحده ایالاتو د روغتیا او بشري خدماتو اداره) Office for Civil Rights (د مدني حقونو دفتر) سره هم په الیکټرونیکي توګه Office for Civil Rights (د مدني حقونو دفتر) د شکایت د پورټل له لارې په لاندې ادرس د مدني حقونو شکایت وړاندې کولی شئ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، یا د برېښنالیک یا تلیفون له لارې په:

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

د شکایت فورمې په دې ادرس موجودې دي <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<p><b>Español (Spanish)</b>                  ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b>                  Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kannsch du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p><b>Hmoob (Hmong)</b>                  LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>ພາສາລາວ (Laotian)</b>                  ເຊິນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b>                  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 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p><b>Français (French)</b>                  ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p><b>Deutsch (German)</b>                  ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Polski (Polish)</b>                  UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>العربية (Arabic)</b>                  ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p><b>हिंदी (Hindi)</b>                  ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p><b>Русский (Russian)</b>                  ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p><b>Shqip (Albanian)</b>                  KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>한국어 (Korean)</b>                  알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p><b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b>                  PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b>                  CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Soomaali (Somali)</b>                  FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>