

یو با اختیار استازی ټاکل، بدلول، یا لری کول: سازمان
(APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: ORGANIZATION)

ډک کړئ او وسپارئ یو با اختیار استازی وټاکئ، تبدیل، یا لری کړئ: د سازمان فورمه، F-10126B، ترڅو یو سازمان ستاسو د مجاز استازی په توګه وټاکي، بدل کړئ یا لری کړئ. د سازمان د تماس شخص د بدلون لپاره، تاسو یا سازمان باید ستاسو ادارې سره اړیکه ونیسئ. ستاسو د ادارې د اړیکې معلومات د Wisconsin Department of Health Services (د روغتیا خدماتو څانګه) (DHS) په ویب پاڼه کې شتون لري. www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm.

د خپل مجاز استازی په توګه د کوم شخص د ټاکلو لپاره، پر ځای یې د مجاز استازی ټاکل، بدلول، یا لری کول: د شخص فورمه، F-10126A ډکه کړئ او وسپارئ.

که تاسو د ملکیت قانوني سرپرست لری، د شخص او ملکیت قانوني سرپرست، په عمومي توګه قانوني سرپرست، یا محافظه کار، هغه شخص باید ستاسو لپاره یو باصلاحیته استازی وټاکي که تاسو غواړئ چې د دوی پرته بل څوک ستاسو مجاز استازی وي. که تاسو د څارنوالی دوامدار ځواک لری، تاسو یا ستاسو د څارنوالی ځواک کولی شي یو با اختیاره استازی وټاکي.

په دې فورمه کې وړاندې شوي شخص پیژندونکي معلومات به یوازې د FoodShare، BadgerCare Plus، Wisconsin Medicaid، Family Planning Only Services (یوازې د کورنی پلان کولو خدمتونه)، Caretaker Supplement، او (د ساتونکي ضمیمه) کارول کیږي.

د نمایندګی مجاز معلومات

یو مجاز استازی هغه سازمان دی چې ستاسو د کورنی له شرایطو سره اشنا وي او تاسو باور لری چې ستاسو په استازیتوب عمل وکړي. هر څوک کولی شي ستاسو د مجاز استازی په توګه خدمت وکړي پرته له لاندې اشخاصو څخه:

- هغه خلک چې په قصدي ډول د FoodShare پروګرام سرغړونې له امله بې برخې شوي، نه شي کولی د دوی د ناهلیت په دوره کې د مجاز استازی په توګه خدمت وکړي پرته له دې چې بل څوک د مجاز استازی په توګه خدمت کولو توان ونه لري.
- د بې کوره خوارو وړاندې کونکي نشي کولی د بې کوره خوارو برخې لپاره د مجاز نمایندګی په توګه خدمت ترسره کړي. (د خوړو برخه یو یا څو اشخاص دي چې یو ځای ژوند کوي او یو ځای خواره پيري او جوړوي.)
- د ادارې کارمندان چې د ګټو لپاره د وړتیا په ټاکلو کې مرسته کوي ممکن د مجاز استازی په توګه کار ونکړي. دوی ته په ځانګړو شرایطو کې د مجاز استازی په توګه د خدمت کولو لپاره ځانګړی لیکلی تصویب ورکول کیدی شي.
- هغه پرچون پلورونکي چې د FoodShare ګټې منلو اجازه لري نشي کولی د مجوز لرونکی استازی په توګه خدمت وکړي، پرته د مخدره مواد او الکولو درملني مرکزونو څخه چې مجوز لرونکي پرچون پلورونکي دي.

یوځل چې وټاکل شي، ستاسو با اختیار استازی کولی شي ستاسو په استازیتوب لاندې یو یا ټول ترسره کړي:

- د ګټو لپاره غوښتنه وکړئ یا نوي کړئ
- خپلو معلوماتو کې د تغیراتو راپور ورکړئ
- ستاسو ګټو پورې اړوند هر ډول مسلو کې د خپلې ادارې سره کار وکړئ
- د هغه پروګرامونو لپاره ستاسو د وړتیا په اړه شکایتونه او استیناف قابل کړئ چې تاسو یې غوښتنه کوئ یا په کې نوم لیکنه کوئ

تاسو دا هم ټاکلی شئ چې ستاسو مجاز استازی ستاسو د وړتیا او ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي.

تاسو اړتیا نلری چې د غوښتنلیک یا ګټې ترلاسه کولو لپاره یو با اختیاره استازی ولری. د مخدره موادو او الکولو درملني مرکزونو کې اوسېدو پر مهال د FoodShare غوښتنې لپاره، د صلاحیت لرونکی ادارې استازی باید ستاسو په استازیتوب غوښتنه وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ګومارئ کولی شي ستاسو په استازیتوب د لاندې پروګرامونو لپاره هرډول عمل وکړي:

Wisconsin Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، Family Planning Only Services (یوازې د کورنی پلان کولو خدمتونه)، و/یا Caretaker Supplement (د ساتونکي ضمیمه). که تاسو په دې پروګرامونو کې نوم لیکنه کوئ او Wisconsin Works (Wisconsin کار)، (W-2) ستاسو با اختیاره استازی ممکن ستاسو په استازیتوب د لپاره عمل وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ګومارئ نشي کولی ستاسو په استازیتوب د Wisconsin Shares Child Care Subsidy (ماشوم پاملرني مالي مرسته شریکوي) د ماشوم پاملرني مالي مرسته شریکوي برنامه کې عمل وکړي. که تاسو د Wisconsin Shares لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتیا لری د خپل ځان لپاره غوښتنه وکړئ.

د فورمي لارښوونې

که د هر ډول لاسلیکونو په ګډون اړین معلومات په دې فورمه کې شتون ونلري، فورمه به نیمګړې وګنل شي، او ستاسو با اختیار استازی نشي کولی ستاسو په استازیتوب عمل وکړي.

1 برخه - تاسو اړتیا لری چې لومړی 1 برخه بشپړه کړئ. تاسو به اړتیا ولری چې انتخاب وکړئ که تاسو یو با اختیاره استازی ټاکئ، بدلوی یا لری کړئ. تاسو به خپل نوم او د زیږون نېټه هم چمتو کړئ ترڅو مور تاسو پیژنو. که تاسو یو با اختیار استازی ټاکئ یا تغیروی، انتخاب وکړئ که تاسو

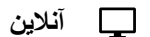
غورځي چې ستاسو با اختيار استازي ستاسو د ليكونو كاپي تر لاسه كړي. وروسته، د پوهايي بيانې ولولئ. كه تاسو موافق ياست، فورمه لاسليك او نيټه وليكي.

2 برخه — يو شخص چې د سازمان په استازيتوب عمل كولى شي اړتيا لري چې 2 برخه بشپړه كړي. شخص به اړتيا ولري چې د سازمان نوم او د اړيكو معلومات او همدارنگه د خپل خان چمتو كړي. شخص به همدارنگه اړتيا ولري ترڅو د تفاهم بيانې ولولي او فورمه لاسليك او نيټه وليكي كه چيري سازمان او د اړيكې شخص د بيانې سره موافق وي.

3 برخه — كه تاسو يو با اختيار استازي ټاكې يا بدلوي، نو تاسو به اړتيا ولري چې ستاسو د مجاز استازي ترڅنگ يو بل څوك ولري ترڅو وگوري چې تاسو دا فورمه لاسليك كوي، دا سړى شاهد بلل كيري. كه تاسو دا فورمه د "X" سره لاسليكوي، نو دوه شاهدان بايد تاسو وگوري چې فورمه لاسليكوي. شاهد يا شاهدان بايد خپل نوم، لاسليك او هغه نيټه چې فورمه يې لاسليك كړې چمتو كړي.

د فورمي سپارل

تاسو كولى شئ خپل بشپړ شوى فورمه په لاندې لارو كې وسپاري:



• كه تاسو په **Milwaukee** كوچني ښار كې اوسېږئ، فورمه دې ته واستوي:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

د فورمي ټولې پاڼې ACCESS ته سكين كړئ. تاسو كولى شئ دا د خپل ACCESS حساب له لارې ترسره كړئ، كوم چې تاسو په access.wi.gov كې ننوتلى شئ. (يادونه: كه تاسو د ACCESS حساب نلري، تاسو كولى شئ access.wi.gov ته لار شئ او يو جوړ كړئ.)

• كه تاسو په **Milwaukee** كوچني ښار كې نه اوسېږئ، فورمه دې ته واستوي:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

يادونه: تاسو كولى شئ يوازې په ځانگړو وختونو كې د لپاره فورمي اسكن كړئ ACCESS. كه تاسو نشئ كولى فورمه ACCESS ته سكين كړئ، فورمه د يوې بلې لارې په كارولو سره وسپاري.



فورمه خپلې ادارې ته وپېسه. ستاسو د ادارې د اړيكې معلومات د DHS په ويب پاڼه كې شتون لري
www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm

• كه تاسو په **Milwaukee** كوچني ښار كې اوسېږئ، فورمه 888-409-1979 ته فېكس كړئ.
• كه تاسو په **Milwaukee** كوچني ښار كې نه اوسئ، فورمه 855-293-1822 ته فېكس كړئ.

د مجاز استازو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د DHS ويب پاڼې ته لار شئ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm



د غوښتونكي / غړي لخوا بايد ډك شي

1 برخه

زه يم:

د باصلاحيته استازي ټاكل. تاسو بايد د 1 برخې ټول ځايونه ډك كړئ.

زما د مجاز استازي بدلول. تاسو بايد د 1 برخه ټول ډك كړئ. ډاډ تر لاسه كړئ چې تاسو د B برخه كې د خپل نوي مجاز استازي په نوم ليكي.

زما د واک لرونكي استازي لري كول. تاسو بايد د 1 برخې A او D برخه ډكه كړئ. B برخه خالي پرېږدئ.

A برخه: شخصي معلومات

نوم - غوښتونکی/غړی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایی)

د زیریدو نېټه

د قضیې شمیره (که ناسو لری)

B برخه: د واک ورکولو معلومات

زه لاندې سازمان د خپل با اختاره استازي په توگه ټاکم:

زه غواړم چې زما مجاز استازي زما د وړتیا او گټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي. مهرباني وکړئ په یاد ولری چې لیکونه به د سازمان د تماس کس ته واستول شي.

هو نه **C برخه: د تفاهم بیانيې**

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- زه د هر هغه سازمان غوره کولو حق لرم چې غواړم زما با اختیار استازي شي.
- زه کولی شم په هر وخت کې خپل مجاز استازي بدل کړم یا لری کړم. زه باید خپلې ادارې ته په لیکلي ډول خبر ورکړم چې زه غواړم خپل مجاز استازي بدل کړم یا لری کړم.
- زه اړتیا نلرم چې یوې ادارې ته ووايم چې زه یې د خپل مجاز استازي په توگه لری کوم.
- په دې فورمه کې لست شوي مجاز استازي به تر هغه زما مجاز استازي پاتې شي چې زه یې تبدیل یا لری کړم.
- د مخدره موادو او الکولو درملني مرکز صلاحیت لرونکي استازي به ستاسې رخصت کېدو سره لری شي. دغه سند د صلاحیت پای ته رسولو لپاره سپارل انتخابي دی.
- زما مجاز استازي به زما شخصي معلوماتو ته لاسرسی ولري، لکه زما د ټولنیز امنیت شمیره، مالي بیانات، او طبي معلومات ترڅو زما د وړتیا اداره کولو کې مرسته وکړي.
- زه باید خپل مجاز استازي ته ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
- زه د هغه ناسمو او غلطو معلوماتو مسؤل یم چې زما مجاز استازي یې راپور ورکوي. زه پوهیږم چې زه یا زما با اختیار استازي غلط معلومات ورکوي یا معلومات پټوي، زه ممکن:
 - باید هغه گټې بیرته تادیه کړم چې ما باید ترلاسه کړي نه وی.
 - جریمه شم.
 - د پروگرام څخه منع شم.
 - د درغلی لپاره محاکمه شم.
- د دې فورمي په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.

D برخه: لاسلیک او نېټه

لاسلیک — غوښتونکی/غړی



د لاسلیک نېټه



د مجاز استازي لخوا ډک شي

2 برخه

A برخه: د اړیکو معلومات

نوم - سازمان

د سړک آدرس

ښار	ریاست	زیپ کوډ	د تلیفون شمیره (د ساحي کوډ په شمول)
-----	-------	---------	-------------------------------------

نوم - د سازمان اړیکه (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایی)

دنده - د سازمان د اړیکي شمیره	د بریښنالیک پته — د سازمان اړیکه (اختیاري)
-------------------------------	--

B برخه: د تفاهم بیانونه

زه پوهیږم او موافق یم چې:

- زه د هغه سازمان په استازیتوب د عمل کولو واک لرم چې د 2 برخي په A برخه کې لیست شوي.
- د یوه مجاز استازي په توګه، سازمان د غوښتونکي یا غړي په استازیتوب د لاندې ټولو یا ټولو ترسره کولو پورې محدود دی:
 - د ګټو لپاره غوښتنه کول یا نوي کول
 - د بدلونونو راپور ورکول
 - د غوښتنن لیک ورکونکي یا غړي ادارې سره د ګټو پورې اړوند مسلو کې کار کول
 - د وړتیا اړوند شکایتونه او استیناف ثبتول
- تمه کېږي چې سازمان د غوښتونکي یا غړي شرایطو سره آشنا وي.
- سازمان باید د غوښتونکي یا غړي ادارې ته د 2 برخي په A برخه کې لیست شوي تماس کې بدلونونه راپور کړي.
- غوښتونکي یا غړی کولی شي سازمان په هر وخت کې د دوی د مجاز استازي څخه لیرې کړي.
- غوښتونکي یا غړی اړتیا نلري سازمان ته خبر ورکړي چې دا د دوی د مجاز نماینده په توګه له دندې لرې شوی.
- سازمان د غوښتونکي یا غړي مجاز استازي دی تر هغه چې دوی د مختلف مجاز استازي غوښتنه وکړي یا د مجاز استازي نه درلودل غوره کړي.
- سازمان او هر څوک چې د هغې په استازیتوب عمل کوي باید ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړي.
- که چیرې سازمان غلط یا غلط معلومات وړاندې کړي، نو غوښتونکي یا غړی ممکن اړتیا ولري چې په غلطۍ کې تر لاسه شوي د روغتیا پاملرنې ګټې بیرته ورکړي.
- که چیرې سازمان په عمدي توګه د پروګرام قواعدو څخه سرغړونه وکړي، نو دا باید د FoodShare هر ډول ګټې بیرته ورکړي چې په غلطۍ سره کارول شوي یا تر لاسه شوي.
- اداري او هر هغه څوک چې یې استازیتوب کوي باید د ګټو شخړې او د معلوماتو محرمانیت اړوند د C.F.R. 42 برخه 431، فرعي برخه F؛ 45 C.F.R. § 155.260(f)؛ 42 C.F.R. § 447.10 او CFR 273.2(n)(4) 7، په ګډون ټول د تطبیق وړ بایلي او فدرالي قوانینو سره مطابقت ولري.

- د دې فورمي په لاسليک کولو سره، زه وایم چې زه د 2 برخې، په A برخه کې د لیست شوي سازمان په استازیتوب په پورته بیاناتو پوهیږم او ورسره موافق یم.
- د دې فورمي په لاسليک کولو سره، زه وایم چې هغه سازمان چې د 2 برخې په A برخه کې لیست شوی، د غوښتونکي یا غړي لپاره به د هغه مجاز استازی په توګه کار وکړي چې په 1 برخه کې لیست شوی دی.

C برخه: لاسلیک او نیټه

د لاسلیک نیټه	لاسلیک — د سازمان اړیکه 
---------------	---



د شاهدانو لخوا پک شي

3 برخه

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدا)

د لاسلیک نیټه	لاسلیک — شاهد 
---------------	---

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدايي) (که غوښتونکي/غړي د X سره لاسلیک کړی وي)

د لاسلیک نیټه	لاسلیک — شاهد 
---------------	---

د خوړو د مرستې بشپړونکې پروگرام (SNAP) او د متحده ایالاتو ځایي سور پوستو ته ځانگړی شوی سیمو کې د خوراکی توکو د ویش پروگرام (FDPIR) ایالتی یا سیمه ییزې ادارې او د هغوی فرعی ادارې باید د عدم تبعیض لاندینی بیانیه خپور کړي:

غوښتنلیک دلته مه لیرئ

د فدرال مدني حقوقو قانون او د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مقرارتو او مدني حقوقو تگلارې سره سم دغه اداره د نژاد، رنگ، ملی منشاء، جنسیت (د جنسی هویت او جنسی تمایل په شمول) مذهبی عقیدې، معلولیت، سن، سیاسي اعتقادات، پر اساس تبعیض یا غچ اخیستنې یا د مخکنی مدني حقوقو فعالیت له کبله د انتقام اخیستنې عمل ممنوع دی.

د دې پروگرام په هکله معلومات کیدای شي په غیر انگلیسي ژبو کې هم د لاسرسی وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلولیت لري او یا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بېل ازارو ته اړتیا لري (لکه د برېل لیکنه، د متن لویې اندازې چاپ، غریز نوار، د امریکایي اشارې ژبه) نو دغه کسان دې باید (ایالتی یا سیمه ییزې) ادارې سره چیرته چې یې د امتیازاتو ترلاسه کولو لپاره عریضه ورکړی هغې ادارې سره اړیکه ونیسي. کوم کسان چې کون دي، اورېدلو کې ستونزې لري یا په خبرې کولو کې ستونزې لري، د فدرال بیا خپرولو خدماتو له لارې د امریکې متحده ایالاتو د کرنې وزارت سره په 877-8339 (800) شمېره اړیکه ونیسي.

د دې پروگرام پورې اړوند د تبعیض شکایتونه باید د شکایت کونکي، د AD-3027 فورمه چې د USDA (د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) د شکایاتو فورمه ده، لاندینی انټرنټي آدرس څخه د ترلاسه کولو وروسته باید ډکه کړي. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-pashto.pdf> دغه فورمه تاسو د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) هر دفتر څخه دغې شمېرې 1071-620 (833) سره د اړیکې نولو سره یا د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) پټي ته د لیک استولو له لارې ترلاسه کولی شئ. استول شوی مکتوب باید د شکایت کونکي نوم، پته، د تلفون شمېره، او په لیکل شوی بڼه د تبیضي عمل شرح د جزئیات باید په کافی اندازه ذکر شوی وي تر څو د مدني حقوقو مرستندوی (ASCR) ته د دغه نقض په څرنگوالي او د دغه نقض د نیټې او دغه مدني حقوقو د ادعا په اړه په سمه توګه اطلاع ورکړي. د AD-3027 تکمیل شوی فورمه لاندینی پټي ته واستول شوي.

(۱) پوستي آدرس:

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

(۲) د فکس شمېره:

یا (833)-256-1665 یا (202)-690-7442

(۳) برېښنالیک یا انټرنټي آدرس:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

دغه اداره د مساوي فرصتونو برابرولو اداره ده.

غوښتنلیک دلته مه لیرئ

د نه تبعيض خبرتيا: تبعيض د قانون خلاف دی - د روغتيا پاملرنې پورې اړوند پروگرامونه

د Wisconsin Department of Health Services (وييسكونسن د روغتيا خدماتو څانگه) د فدرالي مدني حقونو د تطبيق وړ قوانينو سره مطابقت لري او د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت، يا جنسيت پر بنسټ تبعيض نه کوي. د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د نژاد، رنگ، قومي اصل، عمر، معيوبيت، يا جنسيت له امله خلک نه اخلي يا له هغوی سره توپير نه کوي.

د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه):

- د معلوليت لرونکو خلکو لپاره وړيا مرستې او خدمتونه وړاندې کوي ترڅو له مور سره په اغيزمنه توگه اړيکه ونيسي، لکه:
 - د نښې ژبې وړ ژباړونکي.
 - په نورو شکلونو کې ليکل شوي معلومات (لوی چاپ، آډيو، د لاسرسي وړ برېښنايي بڼه، نور فارميتونه).
- هغو خلکو ته چې لومړنۍ ژبه يې انګليسي نه وي د وړيا ژبې خدمتونه وړاندې کوي، لکه:
 - وړ ژباړونکي.
 - معلومات په نورو ژبو ليکل کيږي.

که تاسو دې خدماتو ته اړتيا لرئ، د 844-201-6870 شمېره د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي سره اړيکه ونيسئ.

که تاسو په دې باور ياست چې د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د دې خدماتو په وړاندې کولو کې پاتې راغلی يا د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت يا جنسيت پر بنسټ په بل ډول تبعيض شوی، تاسو کولی شئ شکايت درج کړئ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, برېښنالیک ته dhscre@dhs.wisconsin.gov. تاسو کولی شئ شکايت په شخصي ډول يا د پوستي، فکس يا برېښنالیک له لارې ثبت کړئ. که تاسو د شکايت ثبتولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي ستاسو سره د مرستې لپاره شتون لري.

تاسو کولی شئ د U.S. Department of Health and Human Services (متحده ايالاتو د روغتيا او بشري خدماتو څانگې) سره د مدني حقونو شکايت ثبت کړئ، Office for Civil Rights (د مدني حقونو لپاره دفتر)، په الکترونيکي توگه د Office for Civil Rights (مدني حقونو د شکايتونو د دفتر) له لارې، دلته شتون لري <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، يا د پوستي يا تلفون له لارې.

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 شکايت فورمې په کې شتون لري <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetztscht, kannscht 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>Hmoob (Hmong) 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>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>繁體中文 (Traditional Chinese) 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>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمانحان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>हिंदी (Hindi) 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>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog (Tagalog – Filipino) 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>Tiếng Việt (Vietnamese) 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>Soomaali (Somali) 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>