

## ERNENNUNG, WECHSEL ODER ABSETZEN EINES BEVOLLMÄCHTIGTEN: PERSON (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

Füllen Sie das Formular zur Ernennung, Wechsel oder Absetzen eines Bevollmächtigten: Person, F-10126A, aus, um eine Person zu Ihrem Bevollmächtigten zu ernennen, sie zu wechseln oder abzusetzen.

Zur Ernennung einer **Organisation** als Ihren Bevollmächtigten füllen Sie bitte stattdessen das Formular [Ernennung, Wechsel oder Absetzen eines Bevollmächtigten: Organisation, F-10126B](#), aus.

Falls Sie einen gesetzlichen Nachlassverwalter, einen gesetzlichen Vormund und Nachlassverwalter oder einen Vormund haben, so muss diese Person einen Bevollmächtigten für Sie ernennen, wenn Sie möchten, dass jemand anderes als sie Ihr Bevollmächtigter wird. Sollten Sie über eine aktivierte dauerhafte Vollmacht für Finanzen besitzen, können Sie oder Ihr Bevollmächtigter einen Bevollmächtigten ernennen.

Ein gesetzlicher Vormund kann nur dann einen Bevollmächtigten für Sie ernennen, wenn das Gerichtsdokument, in dem der gesetzliche Vormund ernannt wird, dem Vormund das Recht einräumt, in Ihrem Namen in Bezug auf Ihre Anspruchsberechtigung und Ihre Leistungen in öffentlichen Hilfsprogrammen zu handeln.

Eine Vorsorgevollmacht ist nicht in der Lage, in Ihrem Namen zu handeln und einen Bevollmächtigten zu ernennen.

Die auf diesem Formular angegebenen personenbezogenen Daten werden nur für die direkte Verwaltung von Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services und Caretaker Supplement verwendet.

### Daten des Bevollmächtigten

Ein Bevollmächtigter ist eine Person, die mit den Umständen Ihres Haushalts vertraut ist und der Sie vertrauen, dass sie in Ihrem Namen handeln wird. Es kann jede beliebige Person als Ihr Bevollmächtigter fungieren, **mit Ausnahme** der folgenden Personen:

- Personen, die aufgrund eines wissentlichen Verstoßes gegen ein FoodShare-Programm disqualifiziert sind, können während dem Zeitraum ihrer Disqualifizierung nicht als Bevollmächtigter fungieren, es sei denn, es ist keine andere Person in der Lage, als Bevollmächtigter zu fungieren.
- Anbieter von Mahlzeiten für Obdachlose können nicht als Bevollmächtigter für eine Lebensmittelgemeinschaft für Obdachlose fungieren. (Eine Lebensmittelgemeinschaft sind eine oder mehrere Personen, die zusammen wohnen und gemeinschaftlich Lebensmittel einkaufen und zubereiten.)
- Mitarbeiter von Behörden, die für die Feststellung der Qualifikation oder von Leistungen zuständig sind, können nicht als Bevollmächtigte fungieren. Unter bestimmten Umständen können sie eine schriftliche Sondergenehmigung erhalten, um als Bevollmächtigter zu fungieren.
- Einzelhändler, die zur Annahme von FoodShare-Leistungen bevollmächtigt sind, können nicht als Bevollmächtigte fungieren.

Nach seiner Ernennung kann Ihr Bevollmächtigter jede der folgenden Handlungen in Ihrem Namen vornehmen:

- Einen Antrag auf Leistungen stellen oder verlängern
- Änderungen Ihrer Daten melden
- Mit Ihrer Behörde in allen Angelegenheiten in Verbindung mit Ihren Sachleistungen zusammenarbeiten
- Beschwerden und Einsprüche zu Ihrer Qualifikation für Programme einreichen, für die Sie einen Antrag gestellt haben oder an denen Sie teilnehmen

Sie können auch entscheiden, dass Ihr Bevollmächtigter Kopien von Briefen über Ihre Qualifikation und Leistungen erhält, Ihre ForwardHealth-Karte bekommt, mit dem ForwardHealth-Mitgliederdienst und Ihrer HMO (Gesundheitspflegeorganisation) in Ihrem Namen zusammenarbeitet und Beschwerden und Einsprüche zu Ihren Gesundheitsfürsorgediensten einreicht (zum Beispiel Behandlungen und Rechnungen).

Sie **brauchen** keinen Bevollmächtigten, um einen Antrag auf Leistungen zu stellen oder diese zu erhalten.

Der Bevollmächtigte, den Sie mit diesem Formular ernennen, kann bei **allen** der folgenden Programme in Ihrem Namen handeln: Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, Family Planning Only Services und/oder Caretaker Supplement. Wenn Sie an einem dieser Programme **und** Wisconsin Works (W-2) teilnehmen, kann Ihr Bevollmächtigter auch bei W-2 in Ihrem Namen handeln.

Der Bevollmächtigte, den Sie mit diesem Formular ernennen, kann **nicht** gegenüber dem das Wisconsin Shares Child Care Subsidy Program in Ihrem Namen auftreten. Wenn Sie einen Antrag für Wisconsin Shares stellen wollen, müssen Sie den Antrag selbst stellen.

## Formularanweisungen

Wenn in diesem Formular erforderliche Informationen fehlen, einschließlich der Unterschriften, wird das Formular als unvollständig erachtet, und Ihr Bevollmächtigter kann **nicht** in Ihrem Namen handeln.

**Abschnitt 1** — Sie müssen Abschnitt 1 ausfüllen. Sie müssen entscheiden, ob Sie einen Bevollmächtigten ernennen, wechseln oder absetzen wollen. Sie müssen außerdem Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum angeben, damit wir Sie identifizieren können. Wenn Sie einen Bevollmächtigten ernennen oder wechseln, entscheiden Sie sich, ob Sie wollen, dass Ihr Bevollmächtigter Kopien Ihrer Briefe erhält. Wenn Sie außerdem einen Antrag für ein Gesundheitsfürsorgeprogramm gestellt haben, entscheiden Sie sich, ob Sie Ihren Bevollmächtigten mehr in Ihrem Namen auftreten lassen wollen. Gehen Sie sicher, dass Sie die Vollmacht für geschützte Gesundheitsinformationen gelesen haben und damit einverstanden sind, ehe Sie Ja ankreuzen. Lesen Sie als Nächstes die Einverständniserklärungen. Wenn Sie damit einverstanden sind, unterschreiben Sie das Formular und geben Sie das Datum an.

**Abschnitt 2** — Ihr Bevollmächtigter muss Abschnitt 2 ausfüllen. Ihr Bevollmächtigter muss seinen Namen und seine Kontaktdaten angeben. Er muss auch die Einverständniserklärungen lesen, das Formular unterschreiben und das Datum angeben, wenn er mit den Erklärungen einverstanden ist.

**Abschnitt 3** — Wenn Sie einen Bevollmächtigten ernennen oder wechseln, muss außer Ihrem Bevollmächtigten eine andere Person dabei zusehen, wie Sie dieses Formular unterschreiben. Diese Person wird als Zeuge bezeichnet. Wenn Sie dieses Formular mit einem X unterzeichnen, müssen zwei Zeugen dabei zusehen, wie Sie das Formular unterzeichnen. Der Zeuge oder die Zeugen müssen ihren Namen angeben, unterschreiben und das Datum angeben, an dem sie das Formular unterzeichnet haben.

## Einreichen des Formulars

Sie können das ausgefüllte Formular folgendermaßen einreichen:

### Online

Alle Seiten dieses Formulars in ACCESS einscannen. Sie können das über Ihr ACCESS-Konto machen, bei dem Sie sich unter [access.wi.gov](https://access.wi.gov) anmelden können. (**Hinweis:** Wenn Sie noch kein ACCESS-Konto haben, können Sie [access.wi.gov](https://access.wi.gov) besuchen und ein Konto anlegen.)

**Hinweis:** Sie können nur zu bestimmten Zeiten Formulare auf ACCESS hochladen. Wenn Sie das Formular nicht einscannen und auf ACCESS hochladen können, nutzen Sie bitte eine andere Möglichkeit, um es einzureichen.

### Fax

- Wenn Sie in **Milwaukee County** wohnen, schicken Sie das Formular per Fax an 888-409-1979.
- Wenn Sie **nicht** in Milwaukee County wohnen, schicken Sie das Formular per Fax an 855-293-1822.

Sie finden auf der DHS-Website unter [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm) mehr Informationen zu Bevollmächtigten.

### Post

- Sollten Sie in **Milwaukee County** wohnen, senden Sie das Formular an:  
MDPU  
6055 N. 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee, WI 53218
- Wenn Sie **nicht** in Milwaukee County wohnen, schicken Sie das Formular bitte per Post an:  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547

### Persönlich

Bringen Sie Ihr Formular zu Ihrer zuständigen Behörde. Die Kontaktdaten Ihrer Behörde finden Sie auf der Website des Wisconsin Department of Health Services (Gesundheitsministerium) (DHS) unter [dhs.wi.gov/im-agency](https://dhs.wi.gov/im-agency).

## ABSCHNITT 1 Vom Antragssteller/Mitglied auszufüllen



- Ich:
- ernenne einen Bevollmächtigten. Sie müssen Abschnitt 1 **vollständig** ausfüllen.
  - wechsele meinen Bevollmächtigten. Sie müssen Abschnitt 1 **vollständig** ausfüllen. Achten Sie darauf, dass Sie den Namen Ihres neuen Bevollmächtigten in Teil B angeben.
  - setze meinen Bevollmächtigten ab. Sie müssen **Teil A und E** von Abschnitt 1 ausfüllen. Lassen Sie die Teile B und C frei.

**Teil A: Personenbezogene Daten**

Name — Antragssteller/Mitglied (Nachname, Vorname, Initial zweiter Vorname)

Geburtsdatum:

Fallnummer (falls vorhanden)

**Teil B: Bevollmächtigungsangaben**

Ich ernenne die folgende Person zu meinem Bevollmächtigten:

Ich möchte, dass mein Bevollmächtigter Kopien von Briefen zu meiner Qualifikation und meinen Leistungen erhält.

Ja  Nein

**Teil C: Zusätzliche Bevollmächtigungsangaben — Nur Gesundheitsfürsorgeprogramme (optional)**

Ich habe einen Antrag gestellt für oder bin Teilnehmer an einem **Gesundheitsfürsorgeprogramm** (zum Beispiel Wisconsin Medicaid, BadgerCare Plus oder Family Planning Only Services) und möchte, dass mein Bevollmächtigter die folgenden Tätigkeiten übernimmt:

- Statt mir meine ForwardHealth-Karte erhalten.
- Mich bei einem HMO anmelden.
- Mit ForwardHealth Member Services oder meinem HMO über eine Rechnung, eine Dienstleistung oder sonstige medizinische Daten, einschließlich geschützter Gesundheitsdaten, sprechen. Achten Sie darauf, dass Sie die Bevollmächtigung zu geschützten Gesundheitsdaten lesen, ehe Sie Ja ankreuzen.
- Beschwerden und Einsprüche zu meinen Gesundheitsfürsorgedienstleistungen (zum Beispiel Behandlungen und Rechnungen) einreichen.

Ja  Nein

**Vollmacht zur Nutzung und Offenlegung geschützter Gesundheitsdaten**

Indem ich obig **Ja** ankreuze, bevollmächtige ich das Wisconsin Department of Health Services und seine Auftragnehmer, einschließlich von HMO, meine geschützten Gesundheitsdaten meinem Bevollmächtigten gegenüber offenzulegen (mit ihm zu teilen).

Die Daten, für die ich die Vollmacht zum Teilen erteile, können die folgenden Arten von Daten umfassen: Ansprüche, Patientenakten, Behandlung von Suchtmittelmissbrauch, Reproduktionspflege, geistige Gesundheit, übertragbare Krankheiten, Apothekendienstleistungen, HIV/AIDS, Zahnstatus und Entwicklungsstörungen.

Die Daten werden geteilt, damit mein Bevollmächtigter mir helfen kann, meine Gesundheitsfürsorgeleistungen zu verwalten.

Mir ist bewusst, dass die Daten, die auf der Grundlage dieser Vollmacht verwendet oder geteilt werden, von der diese Daten erhaltenden Person oder Organisation erneut geteilt werden können und nicht mehr länger durch Datenschutzvorschriften der Bundesregierung geschützt sind.

Mir ist bewusst, dass diese Vollmacht freiwillig ist und dass ich eine Bevollmächtigung zur Weitergabe meiner geschützten Gesundheitsdaten ablehnen kann, indem ich obig **Nein** ankreuze. Wenn ich **Nein** ankreuze, hat dies keine Auswirkung auf die Erbringung meiner Behandlung, Bezahlung, Anmeldung bei einem Gesundheitsprogramm oder die Qualifikation für Leistungen, es sei denn, die Bevollmächtigung ist zur Feststellung der Qualifikation für das Programm oder die Anmeldung bei dem Programm erforderlich.

Diese Vollmacht ist gültig, bis ich den Bevollmächtigten auf diesem Formular in seiner Position als Bevollmächtigten absetze oder meine Behörde wissen lasse, dass ich nicht länger wünsche, dass mein Bevollmächtigter Zugriff auf meine geschützten Gesundheitsdaten hat. Ich kann dies meiner Behörde jederzeit schriftlich mitteilen; die Löschung der Vollmacht hat jedoch keine Auswirkung auf Gesundheitsdaten, die bereits geteilt wurden.

**Teil D: Einverständniserklärungen**

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass:

- Ich das Recht habe, eine Person zu wählen, die ich als meinen Bevollmächtigten haben will.
- Ich meinen Bevollmächtigten jederzeit wechseln oder absetzen kann. Ich meiner Behörde schriftlich mitteilen muss, dass ich meinen Bevollmächtigten wechseln oder absetzen will.
- Ich einer Person nicht mitteilen muss, dass ich sie als Bevollmächtigten absetze.
- Der auf diesem Formular angegebene Bevollmächtigte bleibt mein Bevollmächtigter, bis ich ihn wechsele oder absetze.
- Mein Bevollmächtigter Zugriff auf meine personenbezogenen Daten haben wird, wie etwa meine Sozialversicherungsnummer, Bankauszüge und medizinische Informationen, um mir bei der Verwaltung meiner Qualifikationen zu helfen. Wenn ich mein Einverständnis zu den zuvor erwähnten geschützten Gesundheitsdaten gegeben habe, bin ich mir bewusst, dass mein Bevollmächtigter auch Zugriff auf diese Daten haben wird, um mir bei der Verwaltung meiner Gesundheitspflegeleistungen (zum Beispiel Behandlungen und Arztrechnungen) zu helfen.
- Ich meinem Bevollmächtigten wahrheitsgetreue und konkrete Daten zur Verfügung stellen muss.
- Ich für Fehler und falsche Daten verantwortlich bin, die mein Bevollmächtigter meldet. Ich bin mir bewusst, dass ich, wenn entweder mein Bevollmächtigter oder ich falsche Informationen erteilen oder Informationen zurückhalten, möglicherweise:
  - Leistungen zurückzahlen muss, die ich nicht hätte erhalten sollen.
  - Strafe zahlen muss.
  - Aus einem Programm ausgeschlossen werde.
  - Wegen Betrug strafrechtlich verfolgt werde.
- Durch die Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich, dass ich die obigen Aussagen verstehe und ihnen zustimme.

**Teil E: Unterzeichnung und Datum**



**UNTERSCHRIFT** — Antragssteller/Mitglied

Datum der Unterzeichnung

**ABSCHNITT 2** Durch Bevollmächtigten auszufüllen



**Teil A: Kontaktdaten**

Name — Bevollmächtigter (Nachname, Vorname, Initial des zweiten Vornamens)

Straße

Ort

Bundesstaat

Postleitzahl

Telefonnummer (einschließlich Vorwahl)

Email-Adresse (optional)

## Teil B: Einverständniserklärungen

Ich verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass:

- Ich als Bevollmächtigter darauf beschränkt bin, einige oder alle folgenden Tätigkeiten für das Mitglied zu übernehmen:
  - Stellen eines Antrags auf oder Verlängerung von Leistungen
  - Meldung von Änderungen
  - Zusammenarbeit mit der Behörde des Antragsstellers oder des Mitglieds bei Angelegenheiten im Zusammenhang mit den Leistungen
  - Einreichen von Beschwerde und Einsprüchen
- Es erwartet wird, dass ich mit den Umständen des Antragsstellers oder Mitglieds vertraut bin.
- Der Antragssteller oder das Mitglied mich jederzeit als seinen Bevollmächtigten absetzen kann.
- Der Antragssteller oder das Mitglied mich nicht davon benachrichtigen muss, dass ich als sein Bevollmächtigter abgesetzt wurde.
- Ich der Bevollmächtigte des Antragsstellers oder Mitglieds bin, bis es einen anderen Bevollmächtigten verlangt oder sich entscheidet, keinen Bevollmächtigten zu haben.
- Ich wahrheitsgetreue und korrekte Informationen erteilen muss.
- Wenn ich fehlerhafte oder falsche Informationen erteile, der Antragssteller oder das Mitglied möglicherweise fälschlicherweise erhaltene Gesundheitsfürsorgeleistungen zurückzahlen muss.
- Wenn ich willentlich gegen Programmregeln verstoße, falsch verwendete oder fälschlicherweise bezogene FoodShare-Leistungen zurückgezahlt werden müssen.
- Ich geltende Gesetze des Staates und der Bundesregierung bezüglich Interessenkonflikten und Datenschutz befolgen muss.
- Durch die Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich, dass ich die obigen Aussagen verstehe und ihnen zustimme.
- Durch Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich, dass ich als Bevollmächtigter für den in Abschnitt 1 angegebenen Antragssteller oder das angegebene Mitglied handeln werde.

## Abschnitt C: Unterschrift und Datum



**UNTERSCHRIFT**— Bevollmächtigter

Datum der Unterzeichnung

## ABSCHNITT 3

### Von Zeuge(n) auszufüllen



Name — Zeuge (Nachname, Vorname, Initial des zweiten Vornamens)



**UNTERSCHRIFT** — Zeuge

Datum der Unterzeichnung

Name — Zeuge (Nachname, Vorname, Initial des zweiten Vornamens) (wenn der Antragssteller/das Mitglied mit einem X unterzeichnet)



**UNTERSCHRIFT**— Zeuge

Datum der Unterzeichnung

## USDA-Gleichbehandlungsklausel

In Übereinstimmung mit den US-bundesrechtlichen Menschenrechtsgesetzen und den Menschenrechtsbestimmungen und -vorschriften des U.S. Department of Agriculture (USDA) ist es dem USDA, seinen Behörden, Geschäftsstellen und Mitarbeitern sowie Organen, die an USDA-Programmen beteiligt oder mit deren Administration befasst sind, untersagt, aufgrund von Ethnie, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, Behinderung, Alter, politischer Einstellung oder Repressalien bzw. Vergeltungsmaßnahmen wegen früherer Menschenrechtsaktivitäten in einem vom USDA durchgeführten oder finanzierten Programm oder einer Aktivität zu diskriminieren.

Personen mit Behinderungen, die für Programminformationen alternative Kommunikationsmittel benötigen (z. B. Blindenschrift, Großdruck, Audio-Bänder, Gebärdensprache usw.), sollten sich mit der einzelstaatlichen oder lokalen Behörde, bei der sie Leistungen beantragt haben, in Verbindung setzen. Personen, die taub, hörbehindert oder sprachbehindert sind, können sich durch den Federal Relay Service unter (800) 877-8339 mit dem USDA in Verbindung setzen. Darüber hinaus können Programminformationen in anderen Sprachen als Englisch zur Verfügung gestellt werden.

Um im Zusammenhang mit dem Programm eine Beschwerde wegen Diskriminierung einzureichen, füllen Sie bitte den [Beschwerdebogen wegen Diskriminierung des USDA-Programms](#) (AD-3027) aus, der online unter <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> und in jedem USDA-Büro erhältlich ist, oder Sie können dem USDA in einem Brief alle in dem Formular angeforderten Informationen zukommen lassen. Eine Kopie des Beschwerdeformulars können Sie telefonisch unter (866) 632-9992 anfordern. Senden Sie Ihr ausgefülltes Beschwerdeformular oder den Brief wie folgt an das USDA:

- (1) Per Post: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Per Fax: (202) 690-7442 oder
- (3) Per E-Mail an [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Diese Agentur ist ein Dienstleister, der Chancengleichheit bietet.

## Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services erfüllt geltenden bundesstaatliche Menschenrechtsgesetze und lehnt jegliche Diskriminierung aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab. Department of Health Services lehnt den Ausschluss oder die unterschiedliche Behandlung von Menschen aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht ab.

Department of Health Services:

- Bietet kostenlose Hilfe und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung zur effektiven Kommunikation, wie z. B.:
  - Qualifizierte Gebärdensprachen-Dolmetscher.
  - Schriftliche Informationen in anderen Formaten (große Ausdrücke, Audio, zugängliche elektronische Formate, sonstige Formate). fax
- Bietet kostenlose Sprachdienste für Menschen, deren Hauptsprache nicht Englisch ist, wie z. B.: TTY
  - Qualifizierte Dolmetscher.
  - Schriftliche Informationen in anderen Sprachen.

Sollten Sie diese Dienstleistungen benötigen, so wenden Sie sich an Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Sollten Sie der Ansicht sein, dass Department of Health Services es versäumte, diese Dienstleistungen anzubieten, oder auf sonstige Weise aufgrund von Rasse, Hautfarbe, Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht diskriminierte, so können Sie eine Beschwerde einreichen bei: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, [dhsarc@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhsarc@dhs.wisconsin.gov). Sie können eine Beschwerde persönlich oder per Post, Fax oder E-Mail einreichen. Sollten Sie Hilfe beim Einreichen einer Beschwerde benötigen, so steht Ihnen Department of Health Services civil rights coordinator gerne zur Verfügung.

Sie können ebenfalls eine Menschenrechtsbeschwerde einreichen bei: Department of Health and Human Services (U.S.-Gesundheitsministerium), Office for Civil Rights (Amt für Bürgerrechte), elektronisch über das Office for Civil Rights Complaint Portal, zugänglich über <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, oder per Post oder telefonisch an:

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

Beschwerdeformulare sind verfügbar unter <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, 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).
<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).	<b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
<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)。	<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).
<b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<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).	<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।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<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).
<b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<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).
<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).	<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).