



캘리포니아 소그룹 직원 가입/변경 양식 (직원수 1-100명)

캘리포니아 법을 준수하기 위해서는, "배우자"라는 용어가 나타날 때마다
동거 파트너도 포함된다고 해석해야 합니다.

보험을 보장하는 보험사: HMO의 경우, Aetna Health of California Inc.
치과보험(DMO®만 해당)의 경우, Aetna Dental of California Inc., 기타 모든 보험의 경우,
Aetna Life Insurance Company.
안과보험의 경우, First American Administrators, Inc.가 일정 부분의 청구 관리 서비스를
제공합니다.
EyeMed Vision Care LLC ("EyeMed")는 특정 네트워크 관리 서비스를 제공합니다.

PSUID 또는 계정번호 (해당될 경우)

Aetna 가입자 ID 번호 (해당될 경우)

회사 이름 **안내:** 직원께서는 이 가입 양식을 완전히 작성하셔야 합니다. 작성하지 않으시면 당사는
양식을 귀하 또는 귀하의 고용주에게 반환하게 되며, 그로 인하여 처리가 지연될 수
있습니다. 양식의 정확성과 완전성은 전적으로 귀하의 책임입니다. **가입 시 6페이지에**
직원 서명을 하고 날짜를 기재하십시오. 보험 가입을 거절하실 경우, 6페이지의 F 섹션을
작성하셔야 합니다. 이 양식 작성 시 검은 잉크만 사용하십시오.

효력 발생일	<input type="checkbox"/> 신규 고용	<input type="checkbox"/> 배우자/피부양 자녀 추가	<input type="checkbox"/> 고용 종료
	<input type="checkbox"/> 재고용/복직	<input type="checkbox"/> 보장내용의 변경	<input type="checkbox"/> 배우자/피부양 자녀 제외
고용일	<input type="checkbox"/> 신규 그룹 가입	<input type="checkbox"/> 성명 변경	<input type="checkbox"/> 보험 취소
	<input type="checkbox"/> 자연 가입	<input type="checkbox"/> 기타 _____	
	<input type="checkbox"/> 정규(오픈시즌) 가입		
	<input type="checkbox"/> 면제		

☐ COBRA ☐ Cal-COBRA 대상: ☐ 직원 ☐ 피부양자 계속 기간: ☐ 18개월 ☐ 36개월 ☐ 기타 _____

해당 사유 _____ 기존의 해당 사유 날짜 _____ 보장 상실 날짜 _____

A. 직원 정보 - 이 섹션은 반드시 작성해야 합니다.

가입자의 사회보장번호 또는 납세자 식별 번호*		성, 이름, 중간이름 이니셜	
집 주소 (우편사서함(PO Box)은 허용 불가)		아파트 호수	시, 주 우편번호
직장 주소 (우편사서함(PO Box)은 허용 불가)		시, 주 우편번호	
집 전화번호 () -	직장 전화번호 () -	주 언어(구어)(선택사항)	배우자를 포함한 의료보험 가입 피부양자 수
주당 근무시간수	한 항목만 선택: <input type="checkbox"/> 풀타임 <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> 계절성 <input type="checkbox"/> 조합 <input type="checkbox"/> 파트 타임 <input type="checkbox"/> 은퇴자 <input type="checkbox"/> 임시직		직무

*사회보장 번호는 선택사항이며, 납세자 식별번호를 적으셔도 됩니다.

B. 보장범위 선택 - 정자로 써주세요.

1. 의료 보장범위 선택: 아래의 해당 선택란을 체크하여 의료 플랜을 선택하십시오. (해당 플랜은 귀하의 고용주가 제공하는	
HMO 플랜	<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 골드 CA \$25/50 500 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded noINF	<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 골드 CA \$25/50 500 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded noINF	<input type="checkbox"/> HMO 베이직 골드 CA \$25/50 500 Ded
<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded noINF	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 골드 CA \$25/50 500 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 베이직 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded noINF	<input type="checkbox"/> HMO 실버 CA \$55/90 2250 Ded noINF
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded noINF	<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 실버 CA \$55/90 2250 Ded noINF
<input type="checkbox"/> HMO 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded	<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 실버 CA \$55/90 2250 Ded noINF
<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded	<input type="checkbox"/> HMO 베이직 실버 CA \$55/90 2250 Ded noINF
<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 실버 CA \$55/90 2250 Ded noINF
<input type="checkbox"/> HMO 베이직 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded	<input type="checkbox"/> HMO 실버 CA \$55/90 2250 Ded
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 플래티넘 CA \$20/30 0 Ded	<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 실버 CA \$55/90 2250 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 골드 CA \$20/30 0 Ded	<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 실버 CA \$55/90 2250 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 골드 CA \$30/60 0 Ded	<input type="checkbox"/> HMO 베이직 실버 CA \$55/90 2250 Ded
<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 골드 CA \$30/60 0 Ded	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 실버 CA \$55/90 2250 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 베이직 골드 CA \$30/60 0 Ded	<input type="checkbox"/> HMO 실버 CA \$50/75 2250 Ded
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 골드 CA \$30/60 0 Ded	<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 실버 CA \$50/75 2250 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 골드 CA \$35/55 250 Ded noINF	<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 실버 CA \$50/75 2250 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 골드 CA \$35/55 250 Ded noINF	<input type="checkbox"/> HMO 베이직 실버 CA \$50/75 2250 Ded
<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 골드 CA \$35/55 250 Ded noINF	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 실버 CA \$50/75 2250 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 베이직 골드 CA \$35/55 250 Ded noINF	<input type="checkbox"/> HMO 베이직 브론즈 CA \$65/95 6300 Ded noINF
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 골드 CA \$35/55 250 Ded noINF	<input type="checkbox"/> HMO 베이직 브론즈 CA \$65/95 6300 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 골드 CA \$35/55 250 Ded	<input type="checkbox"/> HMO 브론즈 CA \$75/\$125 7900 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 골드 CA \$35/55 250 Ded	<input type="checkbox"/> HMO 디렉터블 브론즈 CA \$75/\$125 7900 Ded
<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 골드 CA \$35/55 250 Ded	<input type="checkbox"/> Aetna 밸류 네트워크 HMO 브론즈 CA \$75/\$125 7900 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 베이직 골드 CA \$35/55 250 Ded	<input type="checkbox"/> HMO 베이직 브론즈 CA \$75/\$125 7900 Ded
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 골드 CA \$35/55 250 Ded	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA HMO 브론즈 CA \$75/\$125 7900 Ded
<input type="checkbox"/> HMO 골드 CA \$25/50 500 Ded	
Open Access Managed Choice POS 플랜	<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 실버 CA 60/50 2000 Ded
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 플래티넘 CA 90/50 0 Ded	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 실버 CA 60/50 2000 Ded
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 플래티넘 CA 90/50 0 Ded	<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 실버 CA 플랜 70/50 2250 Ded
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 플래티넘 CA 90/50 0 Ded	<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 실버 CA 플랜 70/50 2250 Ded
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 350 Ded	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 실버 CA 플랜 70/50 2250 Ded
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 350 Ded	<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 실버 CA 60/50 2550 Ded
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 350 Ded	<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 실버 CA 60/50 2550 Ded
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 750 Ded	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 실버 CA 60/50 2550 Ded
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 750 Ded	<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 브론즈 CA 플랜 60/50 6300 Ded
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 750 Ded	<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 브론즈 CA 플랜 60/50 6300 Ded
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 1250 Ded	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 브론즈 CA 플랜 60/50 6300 Ded
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 1250 Ded	<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 브론즈 HDHP CA 100 7000 Ded HSA
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 1250 Ded	<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 브론즈 HDHP CA 100 7000 Ded HSA
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 1500 Ded	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 브론즈 HDHP CA 100 7000 Ded HSA
<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 1500 Ded	<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 브론즈 CA 50/50 8300 Ded
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 골드 CA 80/50 1500 Ded	<input type="checkbox"/> Savings Plus OA Managed Choice POS 브론즈 CA 50/50 8300 Ded
<input type="checkbox"/> OA Managed Choice POS 실버 CA 60/50 2000 Ded	<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Managed Choice POS 브론즈 CA 50/50 8300 Ded
Open Access Elect Choice 플랜	Open Choice PPO 플랜
<input type="checkbox"/> OA Elect Choice EPO 실버 CA 60 2000 Ded	<input type="checkbox"/> Open Choice PPO 골드 CA 80/50 1000 Ded
<input type="checkbox"/> AWH Southern CA OA Elect Choice EPO 실버 CA 60 2000 Ded	

관리/그룹 번호	경칭	계정	플랜 번호
----------	----	----	-------

2. 치과- 한 항목만 선택(해당될 경우).

비자발적 플랜: ☐ Aetna Dental® 플랜 - 플랜 옵션 _____ FOC의 경우 선택: ☐ DMO® 또는 ☐ PPO

자발적 플랜: ☐ Aetna Dental® 플랜 - 플랜 옵션 _____ FOC의 경우 선택: ☐ DMO® 또는 ☐ PPO

오늘 이전에, 이 고용주의 치과 보험으로 보험을 받으셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

자발적 보험 그룹에 가입하는 신규 가입자의 경우 기초보험보장(Creditable coverage)이 인정됩니다. 신규 고용자는 다음의 해당하는 사항을 참조하십시오:

자발적 보험을 선택한 신규 고용자의 Aetna 플랜이 인수 그룹(takeover group)인 경우: 예방적 보험 및 기본 보험을 포함하여, 지난 90일 내에 치과 보험 하에서 12개월간 치과보험 보장을 받으셨습니까? 할인 치과보장과 예방적 보장만 포함된 보험은 해당되지 않습니다. ☐ 예 ☐ 아니요

AZ, CA, GA, MA, MD, MO, NC, NJ 및 TX에 거주하는 직원은 승인된 DMO® 서비스 지역에 거주하거나 직장을 다니셔야 DMO®에 가입할 수 있습니다.

관리번호	경칭	계정	플랜 번호
------	----	----	-------

3. Aetna VisionSM 우대 ☐ 예 ☐ 아니요 등록하시려면 "예"를 선택하고 아래에 선택한 플랜 옵션을 기재하십시오. 정자로 기재하십시오.

플랜 옵션/명칭 _____

고용주가 안과 보험 혜택을 제공하는 경우 안과 플랜만 선택할 수 있습니다.

C. 개인 보험 - 귀하가 보험 혜택을 등록 또는 추가변경/철회하시는 사람을 적어주십시오. 필요 시 페이지를 추가하십시오.

성이 다르거나 다른 거주지에서 사는 부양가족이 있는 경우 아래의 D 섹션을 작성하십시오. 의료 보험 주의사항: 건강보험 개혁법(ACA)에서 부양 자녀에 대한 보험 혜택을 최고 26세까지 보장해야 한다고 하지만 귀하의 보험은 26세 이후의 혜택을 허용할 수 있습니다. 26세가 넘은 장애인 자녀는 보험 혜택을 받을 수 있습니다. 플랜 서류를 참조하거나 본인의 혜택 관리자에게 문의하십시오.

1	직원 성명 (성, 이름, 중간 이름 이니셜)			성별 (남/여)	출생일 (월/일/연) / /	
	결혼 상태 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 법적 별거 <input type="checkbox"/> 동거	보험 항목 선택: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과	일차 진료의(PCP) 진료소 ID 번호	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예	치과 진료소 ID 번호 (해당하는 경우)	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예

다음 페이지에 계속

C. 피보험자 (계속)

2	배우자 성명 (성, 이름, 중간 이름 이니셜)		성별 (남/여)	사회보장번호		출생일 (월/일/연) / /	
	관계 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 기타 _____	보험 항목 선택: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과		일차진료 제공자 진료소 ID 번호	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예	치과 진료소 ID 번호 (해당하는 경우)	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예
3	자녀 성명 (성, 이름, 중간 이름 이니셜)		성별 (남/여)	사회보장번호		출생일 (월/일/연) / /	
	관계 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 <input type="checkbox"/> 기타 _____	보험 항목 선택: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과		일차진료 제공자 진료소 ID 번호	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예	치과 진료소 ID 번호 (해당하는 경우)	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예
4	자녀 성명 (성, 이름, 중간 이름 이니셜)		성별 (남/여)	사회보장번호		출생일 (월/일/연) / /	
	관계 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 <input type="checkbox"/> 기타 _____	보험 항목 선택: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과		일차진료 제공자 진료소 ID 번호	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예	치과 진료소 ID 번호 (해당하는 경우)	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예
5	자녀 성명 (성, 이름, 중간 이름 이니셜)		성별 (남/여)	사회보장번호		출생일 (월/일/연) / /	
	관계 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 <input type="checkbox"/> 기타 _____	보험 항목 선택: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과		일차진료 제공자 진료소 ID 번호	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예	치과 진료소 ID 번호 (해당하는 경우)	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예
6	자녀 성명 (성, 이름, 중간 이름 이니셜)		성별 (남/여)	사회보장번호		출생일 (월/일/연) / /	
	관계 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 <input type="checkbox"/> 기타 _____	보험 항목 선택: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과		일차진료 제공자 진료소 ID 번호	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예	치과 진료소 ID 번호 (해당하는 경우)	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예
7	자녀 성명 (성, 이름, 중간 이름 이니셜)		성별 (남/여)	사회보장번호		출생일 (월/일/연) / /	
	관계 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 의붓자녀 <input type="checkbox"/> 기타 _____	보험 항목 선택: <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과		일차진료 제공자 진료소 ID 번호	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예	치과 진료소 ID 번호 (해당하는 경우)	현재 환자 <input type="checkbox"/> 예

D. 부양가족 정보

C 섹션에서 성이 다르거나 다른 거주지에서 사는 부양가족이 있으면 적으십시오.	
이름	주소

E. 보험급여(혜택)의 조정

이 혜택과 동시에 다른 건강 보험에 가입하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
"예"인 경우, 귀하가 신청하는 Aetna 보험 혜택이 현재 보장받는 혜택을 대체합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
가입자 성명	보험 회사 이름	가입자 성명	보험 회사 이름

가입 조건

유의사항: 캘리포니아 법은 건강보험 회사가 HIV 검사를 필수항목으로 하거나 건강보험 혜택을 받는 조건으로 HIV 검사를 이용하게 하는 것을 금지합니다.

나는 아래의 법적 주체 (집합적으로 "Aetna"라고 함)가 본인이 신청하는 플랜을 인수하는 것임을 이해합니다.

- Aetna Health of California Inc.가 HMO 플랜을 인수합니다.
- Aetna Life Insurance Company가 Aetna Vision 플랜, Elect Choice EPO 플랜, Managed Choice POS 플랜을 인수합니다.
- Aetna Dental of California Inc.와 Aetna Life Insurance Company가 Aetna Dental 플랜을 인수합니다.

1. 나의 고용주 신청이 보험범위를 결정합니다. 나는, Aetna가 나의 직원 가입 신청과 고용주의 신청을 승인할 때까지는 보험이 없습니다. Aetna에서 고용주 신청을 승인하였다고 하여도, 사기, 의도적인 허위 진술 또는 중대한 사실 누락은 향후 청구를 거부당할 수 있으며 Aetna에서 효력 발생일을 기준으로 해당 보험증서상에서 나의 보험급여에 대한 자격과 등급을 철회하거나 재평가 할 수 있습니다. Aetna가 보험급여를 무효로 하거나 철회할 경우, 보험의 효력 발생일부터 지급한 보험료를 환급받을 수 있습니다. Aetna는 보험 철회 대상자에게 최소 30일 전에 배달증명 우편으로 통지할 것입니다. 그러나, Aetna는 보험증서를 발행한 때로부터 24개월 후에는 어떤 이유로든 보험을 폐지하지 않으며, 고의든 아니든, 이 신청서에서의 허위 진술이나 부정확성을 이유로 보험을 취소하거나, 보험을 제한하거나, 보험료 인상하지 않습니다. Aetna는 의료, 치과 또는 안과의 보험 자격에 대해 아래의 어떤 요인에 대해서도 근거로 하지 않습니다.
 - A. 건강 상태
 - B. 신체적, 정신적 질병을 포함한 의료 상태
 - C. 클레임(청구) 경험
 - D. 건강 진료 수령 여부
 - E. 병력
 - F. 유전적 정보
 - G. 가정 폭력적 행위로 인한 상태 등 보험 가입 불능의 증거
 - H. 연방 공공안전법 섹션 2705에 따라 제정된 연방 규정, 규칙, 지침에 따라 결정되는 건강상태 관련 기타 요인
2. 그룹 계약서/그룹 보험은 회원의 권리와 의무를 정하며, 아래의 사항과 충돌하는 경우에 우선합니다.
 - 보험급여(혜택) 비교내용
 - 요약서
 - 기타 플랜에 관한 설명자료
3. 참여 의사, 병원 및 기타 의료 제공자는 독립적인 계약자입니다. 그들은 Aetna의 대리인이거나 피고용인이 아닙니다. 당사는 특정 의료 제공자의 이용을 보장할 수 없습니다. 제공자 네트워크는 변경될 수 있습니다. 당사는 해당되는 주법에 따른 변경이 있으면 고지를 해드립니다.
4. 나는 보험 서류에 기술된 특정 예외사항을 제외하고, HMO와 DMO® 플랜은 네트워크 적용 보험급여만 제공함을 이해합니다. 또한, 보험 서류에서는 특정 시술에 대한 의뢰서가 필요한지, 누가 진료를 제공하는지에 대해 설명합니다. 보험 적용 서비스는 아래의 주체가 수행해야 합니다.
 - 참여 일차진료의
 - 참여 일차진료 치과의
 - 참여 전문의
 - 참여 병원
 - 참여 약국
 - 참여 치과의
 - 참여 일차진료의로부터 받은 의뢰서에 의해 승인된 다른 참여 제공자

다음 페이지에 계속

가입 조건 (계속)

<p>내가 아는 한, 본 신청서에 제공한 모든 내용은 진실이며 완전함을 표명합니다. 나는 본 등록/변경 신청서의 등록 조건을 읽었으며 그에 동의합니다. 나는 나의 자격일로부터 31일 이내에 이 양식에 서명하여 제출하지 못하거나, Aetna가 합리적인 시간 내에 신청서를 받지 못할 경우, 나의 자격 여부가 영향을 받을 수 있음을 이해합니다. 나는 1 페이지에 기재된 고용주로부터 고용되었습니다. 나는 일반적인 사업 장소에서 주당 최소 30시간(또는 고용주의 선택에 따라 주당 20~29시간)을 근무하는 풀타임 직원입니다. 나는 나의 수입에서 보험에 필요한 분담금을 공제하는 것을 허락합니다. 나는 보험에 요구되는 필요한 대가를 지불하는 것에 동의합니다.</p>		
<p>온라인으로 서류를 받으시려면, 다음 링크를 통해 귀하의 보안 회원 계정(보안유지)에 로그인하십시오 — aetna.com.</p>		
<p>회원 보호를 위해, 캘리포니아주 법은 아래의 주의사항을 이 양식에 명시할 것을 요구합니다. 알면서, 손해 지급에 대해 허위의 또는 사기성 청구를 하는 사람은 벌금을 저지르는 것으로서, 벌금 및 주 교도소 징역에 처해질 수 있습니다.</p>		
<p>본인 또는 부양가족을 위한 보험 등록한 경우에만 여기에 서명하십시오. 피고용인 이해할</p>		<p>날짜(월/일/연)</p>
<p><input type="checkbox"/> 나는 보험에 가입합니다:</p> <p>피고용인 서명 X</p>		

F. 보험 거절 - 해당 사항 전부 선택.

<p>나는 나의 고용주를 통하여 이 보험에 신청할 자격이 있음을 이해합니다. 그러나, 나는 아래에 표시한 보험을 거절합니다.</p>																		
<p><input type="checkbox"/> 피고용인:</p> <p><input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과</p> <p><input type="checkbox"/> 배우자:</p> <p><input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과</p> <p><input type="checkbox"/> 자녀:</p> <p><input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 치과 <input type="checkbox"/> 안과</p>	<p>보험 거절 이유</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 배우자 단체보험</td> <td><input type="checkbox"/> 코브라(COBRA) 보험</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 부모 단체보험</td> <td><input type="checkbox"/> 다른 직업을 통한 보험</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare)</td> <td><input type="checkbox"/> 트라이케어(TRICARE) 군대보험</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 메디칼(Medi-Cal)</td> <td><input type="checkbox"/> 개인보험 - 공영 거래(On Exchange)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 퇴직 보험</td> <td><input type="checkbox"/> 개인보험 - 민영 거래(Off Exchange)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 나의 고용주가 제공하는 다른 단체보험</td> <td><input type="checkbox"/> 다른 보험이 없음</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 원하지 않음</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 기타 _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 배우자 단체보험	<input type="checkbox"/> 코브라(COBRA) 보험	<input type="checkbox"/> 부모 단체보험	<input type="checkbox"/> 다른 직업을 통한 보험	<input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare)	<input type="checkbox"/> 트라이케어(TRICARE) 군대보험	<input type="checkbox"/> 메디칼(Medi-Cal)	<input type="checkbox"/> 개인보험 - 공영 거래(On Exchange)	<input type="checkbox"/> 퇴직 보험	<input type="checkbox"/> 개인보험 - 민영 거래(Off Exchange)	<input type="checkbox"/> 나의 고용주가 제공하는 다른 단체보험	<input type="checkbox"/> 다른 보험이 없음		<input type="checkbox"/> 원하지 않음		<input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 배우자 단체보험	<input type="checkbox"/> 코브라(COBRA) 보험																	
<input type="checkbox"/> 부모 단체보험	<input type="checkbox"/> 다른 직업을 통한 보험																	
<input type="checkbox"/> 메디케어(Medicare)	<input type="checkbox"/> 트라이케어(TRICARE) 군대보험																	
<input type="checkbox"/> 메디칼(Medi-Cal)	<input type="checkbox"/> 개인보험 - 공영 거래(On Exchange)																	
<input type="checkbox"/> 퇴직 보험	<input type="checkbox"/> 개인보험 - 민영 거래(Off Exchange)																	
<input type="checkbox"/> 나의 고용주가 제공하는 다른 단체보험	<input type="checkbox"/> 다른 보험이 없음																	
	<input type="checkbox"/> 원하지 않음																	
	<input type="checkbox"/> 기타 _____																	
<p>나는 이 보험에 신청할 권리를 부여받았음을 확인합니다. 그러나, 나는 위에서 표시한 대로 보험을 거절합니다. 나는, 이 단체보험을 거절함으로써 본인 또는 나의 부양가족이 다음번 연간 단체보험 등록일까지 기다려야 함을 이해합니다.</p>																		
<p>본인 또는 부양가족을 위한 보험 거부인 경우에만 여기에 서명하십시오.</p> <p>X 나는 보험을 거절합니다. 피고용인 서명</p>		<p>날짜(월/일/연)</p>																

차별 금지

Aetna는 해당하는 캘리포니아와 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 여부, 연령, 성, 성 정체성, 성적 지향 및 장애를 이유로 차별, 배제 또는 다르게 대우하지 않습니다.

Aetna는 장애인 및 언어 지원이 필요하신 분들께 무료 보조 서비스를 제공합니다.

자격 있는 통역사, 다른 형식으로 작성된 정보, 번역 또는 기타 서비스가 필요하신 경우, 가입자 ID 카드에 있는 번호로 문의하십시오.

당사가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 여부, 연령, 성, 성 정체성, 성적 지향 및 장애를 이유로 차별이 있었다고 생각되시면 인권 조정관(Civil Rights Coordinator)에게 연락하여 불만 제기를 하실 수 있습니다. 연락처:

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779
1-800-648-7817, TTY: 711, 팩스: 860-262-7705
CRCoordinator@aetna.com.

Aetna에 대한 불만 제기 주소: **www.aetna.com**, PO Box 24030, Fresno, CA 93779, 또는 등록 후 받으신 본인 보험 카드에 기재한 번호로 연락하십시오. 불만 제기 절차 후 또는 최소 30일간 진행 후, 캘리포니아 관리보건부(California Department of Managed Health Care)에 불만 서류를 제기할 수 있습니다. 주소: **www.dmhca.gov**, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 전화: 1-888-466-2219, TDD 1-877-688-9891.

불만 제기는 홈페이지를 통해 캘리포니아 주 보험부로 제기할 수도 있습니다. **www.insurance.ca.gov**, 또는 주소: 고객 서비스부(Consumer Services Division) 주소 300 Spring Street South Tower, Los Angeles CA 90013으로 보내시거나 전화: 1-800-927-HELP (4357), TDD: 1-800-482-4TDD (4833)번으로 연락하실 수 있습니다.

인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애, 성별 등 연방 보호 계층에 대한 차별 문제가 우려될 경우의 인권 불만 사항은 미 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services), 민권사무소(Office for Civil Rights)로도 제기할 수 있습니다. 인권 불만 사항은 또한 미 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services), 민권사무소 불만 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal)에서 제기할 수 있습니다. **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, 또는 주소: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 전화: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna는 Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care 플랜 및 그 협력사(Aetna)를 포함한 하나 이상의 Aetna 그룹 회사에서 제공하는 상품 및 서비스에 사용되는 브랜드명입니다.

이용 가능한 언어 지원 서비스에 대한 DMHC 통지

HMO 및 DMO를 기본으로 한 플랜. **중요사항:** 이 서신을 읽으실 수 있습니까? 만약 읽을 수 없다면 누군가의 도움을 받으실 수 있습니다. 본 서신은 귀하의 모국어로 된 서류로 받으실 수 있습니다. 1-877-287-0117번으로 연락하시면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다.

Planes basados en DMO y HMO - **IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder leerla, le brindamos nuestra ayuda. También puede obtener esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, por favor llame de inmediato al 1-877-287-0117.

전통 보험:

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-877-287-0117. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-877-287-0117. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務，用中文把文件唸給您聽。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-877-287-0117 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và được người khác đọc giúp các tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-877-287-0117. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-877-287-0117번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-877-287-0117. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվակախ Օգնականություններ: Դուք կարող եք թարգմանի և փաստաթղթերը ընթերցել սալի ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Աստիճանային ծախսերի բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-877-287-0117. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-877-287-0117までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است و یا این شماره 1-877-287-0117 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-877-287-0117 'ਤੇ ਸਾਨ ਫ਼ਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកដំណើរការ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកលើកទូរស័ព្ទសេវាឥតគិតថ្លៃ ឬ បង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-877-287-0117. للحصول على المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-877-287-0117. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call 1-888-238-6201.

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-888-238-6201. (Spanish)

如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-238-6201。 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-238-6201. (French)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-888-238-6201. (Tagalog)

T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bááh ílínígóó koji' hólne' 1-888-238-6201. (Navajo)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-888-238-6201 an. (German)

Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-888-238-6201. (Albanian)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-888-238-6201 ይደውሉ። (Amharic)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-888-238-6201. (Arabic)

Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-888-238-6201 հեռախոսահամարով: (Armenian)

Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-888-238-6201 (Bantu)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে এই নম্বরে টেলিফোন করুন: 1-888-238-6201। (Bengali)

Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-888-238-6201. (Bisayan-Visayan)

သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန် 1-888-238-6201 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ (Burmese)

Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-888-238-6201. (Catalan)

Para un hago' i setbision lengguãhi ni dibátde para hãgu, ágang 1-888-238-6201. (Chamorro)

ᎠᎵᏍᎦᎵ ᎠᎵᏍᎦᎵ ᎠᎵᏍᎦᎵ ᎠᎵᏍᎦᎵ ᎠᎵᏍᎦᎵ ᎠᎵᏍᎦᎵ ᎠᎵᏍᎦᎵ 1-888-238-6201. (Cherokee)

Anumpa tohsholi l toksvli ya peh pilla ho ish l paya hinla, l paya 1-888-238-6201. (Choctaw)

Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-888-238-6201. (Cushite-Oromo)

Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-888-238-6201. (Dutch)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-888-238-6201. (French Creole-Haitian)

Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-888-238-6201. (Greek)

તમારે કોઇ જાતના ખર્ચ વિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, કોલ કરો 1-888-238-6201. (Gujarati)

No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-888-238-6201. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei. (Hawaiian)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-888-238-6201 पर कॉल करें। (Hindi)

Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-888-238-6201. (Hmong)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-888-238-6201. (Ibo)

Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-888-238-6201. (Ilocano)

Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-888-238-6201. (Indonesian)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-238-6201 (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-238-6201 までお電話ください。 (Japanese)

လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအဃုၤလၢကတၢၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အိၣ်တၢ်န့ၣ် ကိး 1-888-238-6201 တက့ၢ်. (Karen)

무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-238-6201 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

M̈dyi wuḍu-dù kà kò dò bë d̈yi m̈duṇ n̈i Pídyi ní, n̈íí, dá nòbà n̈ià kɛ: 1-888-238-6201. (Kru-Bassa)

بو دەسپێر اگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تیچوون بو تو، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-888-238-6201. (Kurdish)

ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-238-6201. (Laotian)

कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-888-238-6201 वर फोन करा. (Marathi)

Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlök 1-888-238-6201. (Marshallese)

Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-888-238-6201. (Micronesia-Pohnpeian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-238-6201។ (Mon-Khmer, Cambodian)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-888-238-6201 मा टेलिफोन गर्नुहोस् । (Nepali)

Të koor yin wëër de thokic ke cîn wëu kor keek tënɔŋ yîn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nɔmba 1-888-238-6201. (Nilotic-Dinka)

For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-888-238-6201. (Norwegian)

Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-888-238-6201. (Pennsylvania Dutch)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-238-6201 تماس بگیرید. (Persian-Farsi)

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić 1-888-238-6201 (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-888-238-6201. (Portuguese)

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-888-238-6201 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। (Punjabi)

Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-888-238-6201. (Romanian)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-238-6201. (Russian)

Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-888-238-6201. (Samoan)

Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-888-238-6201. (Serbo-Croatian)

Heeba a nasta jangirde djeɣ wolde wola chede bo apelou lamba 1-888-238-6201. (Sudanic-Fulfulde)

Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-888-238-6201. (Swahili)

ܡܝ ܫܒܩܐ, ܕܗ ܟܠ ܝܠܪܝܚܐ ܢܨܢܐ ܕܥܝܢܐ ܬܝܒܐ, ܡܢ ܦܢ:

(Syriac-Assyrian) 1-888-238-6201

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, 1-888-238-6201 కు కాల్ చేయండి. (Telugu)

หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-888-238-6201 (Thai)

Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-888-238-6201.
(Tongan)

Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-888-238-6201. (Trukese)

Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-888-238-6201 numarayı arayın. (Turkish)

Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-888-238-6201. (Ukrainian)

بلا قیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-888-238-6201 پر بات کریں۔ (Urdu)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-888-238-6201. (Vietnamese)

צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן 1-888-238-6201. (Yiddish)

Lati wonú awon ise èdè l’ofe fun o, pe 1-888-238-6201. (Yoruba)