




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, consulte www.kp.org/plandocuments o llame al 1-866-213-3062 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-866-213-3062 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$1,500 por individuo/\$3,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> general de la familia antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u>?	Sí, los <u>servicios preventivos</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer los demás costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u>?	\$3,000 por individuo/\$6,000 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u>?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u>?	Sí. Para obtener una lista de proveedores del plan, visite www.kp.org o llame al 1-866-213-3062 (TTY 711).	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de proveedores. Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del plan. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u>?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .

 Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica	No está cubierto	Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: 20% de <u>coseguro</u> Servicios de laboratorio: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.kp.org	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$20 de copago; orden por correo: \$40 de copago	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Los medicamentos preventivos de la lista de medicamentos preventivos de Kaiser Permanente no tienen costo. Los medicamentos de marca no preferidos deben autorizarse a través del proceso para medicamentos no preferidos. Los artículos de venta libre, conforme a leyes federales, se cubren con una receta médica cuando se abastecen en una farmacia de Kaiser Permanente. Para miembros del sur de Colorado: Los medicamentos de mantenimiento deben abastecerse en una farmacia dentro de un consultorio médico de Kaiser Permanente o a través del servicio de orden por correo de Kaiser Permanente. Cubre hasta un suministro de 30 días al por menor o un suministro de 31 a 90 días en orden por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$40 de copago; orden por correo: \$80 de copago	No está cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: \$60 de copago; orden por correo: \$120 de copago	No está cubierto	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	20% de <u>coseguro</u> al por menor y recetas médicas abastecidas a través del servicio de orden por correo	No está cubierto	

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.kp.org/plandocuments o llame al 1-866-213-3062 (TTY 711)

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u> hasta \$500	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Los <u>proveedores fuera del plan</u> están cubiertos cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Los <u>costos compartidos</u> no se aplican para los <u>servicios preventivos</u> . Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Los servicios para recién nacidos proporcionados durante los primeros 31 días de cobertura pueden estar sujetos a los requisitos de costos compartidos aplicables y al máximo de beneficios que corresponda. <u>Nota:</u> Si usted es la única persona en el plan, su plan se convertirá en un plan familiar cuando se agreguen dependientes elegibles a su plan. Esto incluye, por ejemplo, las adiciones temporarias a su plan, como la cobertura de un recién nacido por 31 días.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 8 horas por día y de 28 horas por semana.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Servicios para pacientes hospitalizados: 20% de <u>coseguro</u> ; servicios para pacientes ambulatorios: 20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Paciente hospitalizado: Límite de 60 días por condición por año en un centro de atención multidisciplinario. Paciente ambulatorio: Límite de 60 visitas por terapia por año (los servicios para trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas).
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Paciente ambulatorio: Límite de 60 visitas por terapia por año (los servicios para trastornos del espectro autista no están sujetos al límite de visitas).
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Límite de 100 días por año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . Se aplica un 20% de <u>coseguro</u> para las prótesis de brazos y piernas.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	20% de <u>coseguro</u> para un examen de refracción	No está cubierto	Para los servicios de un oftalmólogo, consulte "Consulta con un especialista".
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura ● Cirugía bariátrica ● Cirugía estética ● Atención dental (adultos y niños) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento para la infertilidad ● Cuidados a largo plazo/cuidados de custodia en un hogar geriátrico ● Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado de los pies de rutina ● Programas para perder peso
Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
<ul style="list-style-type: none"> ● Atención quiropráctica ● Audífonos (hasta los 18 años) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermería privada 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado de los ojos de rutina (adultos)

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.kp.org/plandocuments o llame al 1-866-213-3062 (TTY 711)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos se muestra en la siguiente tabla. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con los organismos que aparecen en la siguiente tabla:

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente	1-800-788-0710 (TTY: 711)
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos	1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros	1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-213-3062 (TTY: 711)

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-213-3062 (TTY: 711)

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-213-3062 (TTY: 711)

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-866-213-3062 (TTY: 711)

Sus beneficios de salud tendrán un seguro propio a través del patrocinador del plan. Kaiser Permanente Insurance Company proporcionará ciertos servicios administrativos al plan, pero no será un asegurador del plan ni se hará económicamente responsable de los beneficios de atención médica del plan.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o el documento del plan en www.kp.org/plandocuments o llame al 1-866-213-3062 (TTY 711)

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$1,500
- Coseguro para el especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,500

<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60

El total que Peg pagaría es	\$3,060
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,500
- Coseguro para el especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$800

<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20

El total que Joe pagaría es	\$2,320
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$1,500
- Coseguro para el especialista 20%
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$300

<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0

El total que Mia pagaría es	\$1,800
------------------------------------	----------------

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Suplemento para Colorado del formulario del Resumen de beneficios y cobertura

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
NOMBRE DEL PLAN	Denver Public Schools HDHP 1500 AGG 20%
1. Tipo de póliza	Póliza de grupo para grandes empleadores
2. Tipo de plan	Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)
3. Áreas de Colorado en las que el plan está disponible.	El plan solo se encuentra disponible en los siguientes condados según el código postal : Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Crowley, Custer, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Huerfano, Jefferson, Larimer, Las Animas, Lincoln, Morgan, Otero, Park, Pueblo, Teller y Weld. Plan KP Select: Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Lincoln, Park, Pueblo y Teller.

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA SOBRE LOS BENEFICIOS

Importante: El contenido de este formulario está sujeto a las disposiciones de la póliza, la cual contiene todos los términos, convenios y condiciones de cobertura. Proporciona información adicional con el propósito de complementar el Resumen de beneficios y cobertura que recibí para este plan. El plan podría excluir la cobertura de ciertos tratamientos, diagnósticos o servicios que no se mencionan específicamente. Consulte la póliza para determinar los términos y las condiciones exactos de la cobertura.

	Descripción
4. Tipo de deducible anual	DEDUCIBLE AGREGADO INDIVIDUAL: Es el monto que cada persona sin familiares en el plan deberá pagar cada año antes de que se paguen las reclamaciones. FAMILIAR: Es el monto que cada familia con más de una persona en el plan deberá pagar cada año antes de que se paguen las reclamaciones a cualquier familiar. Uno o más individuos pueden alcanzar el deducible familiar.
5. Gastos máximos de bolsillo	GASTOS DE BOLSILLO AGREGADOS INDIVIDUAL: Es el monto que cada persona sin familiares en el plan deberá pagar cada año antes de que se paguen las reclamaciones al 100%. FAMILIAR: Es el monto que cada familia con más de una persona en el plan deberá pagar cada año antes de que se paguen las reclamaciones al 100% a cualquier familiar. Uno o más individuos pueden alcanzar los gastos de bolsillo familiares.
6. ¿Qué es lo que está incluido en los gastos máximos de bolsillo de la red?	Deducibles, coseguro y copagos.

7. ¿Los servicios dentales para niños están cubiertos por el plan?	No, el plan no incluye servicios dentales para niños.
8. ¿Qué exámenes de detección de cáncer están cubiertos?	Cáncer de seno (examen clínico de los senos, mamografía, prueba genética de susceptibilidad de desarrollar cáncer de seno); cáncer colorrectal (prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible, enema de bario, colonoscopia); cáncer cervicouterino (Papanicolaou); cáncer de próstata (examen digital del recto, antígeno prostático específico sérico).

USO DEL PLAN

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
9. Si el proveedor cobra más por un servicio cubierto de lo que el plan paga normalmente, ¿el miembro debe pagar la diferencia?	No.	Sí, es posible que los miembros deban pagar montos que excedan los cargos elegibles, excepto cuando se reciban servicios de emergencia en un centro fuera del plan o por parte de un proveedor que no pertenece al plan en un centro del plan.
10. ¿El plan tiene una cláusula de arbitraje vinculante?	No.	

Preguntas: Llame al **1-855-249-5005** (TTY: 711) o visite www.kp.org.

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-249-5005** (TTY: 711).

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **303-338-3800** or toll free **1-800-632-9700** (TTY 711).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **303-338-3800** o sin costo al **1-800-632-9700**. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Si no está satisfecho con la resolución de su reclamación o queja, comuníquese con nosotros:

Colorado Division of Insurance
 Consumer Services, Life and Health Section
 1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202
 Teléfono: 303-894-7490 (dentro del estado,
 línea gratuita: 800-930-3745)
 Correo electrónico: dora_insurance@state.co.us

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) complies with applicable federal civil rights law and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. KPIC does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call: **1-866-213-3062** (TTY: **711**)

If you believe that KPIC has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: KPIC Civil Rights Coordinator, 3701 Boardman-Canfield Rd, Canfield OH 44406, telephone number 1-866-213-3062.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-213-3062** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-866-213-3062** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-866-213-3062** (TTY: **711**).

Հայերեն (Armenian): Ուիշարուհիները եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք **1-866-213-3062** (TTY **711**):

Bàsóò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsóò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b̀éìn m̀ gbo kpáa. Đá **1-866-213-3062** (TTY: 711)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-866-213-3062** (TTY: 711)।

中文 (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 **1-866-213-3062** (TTY: 711)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-866-213-3062** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-866-213-3062** (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-866-213-3062** (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-866-213-3062** (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmoob (Hmong) CEEB TOOM: Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab txhais lus, uas pab dawb rau koj. Hu rau **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Igbo (Igbo) NRUBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-866-213-3062** (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-866-213-3062** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្លួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-866-213-3062** (TTY: 711)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-866-213-3062** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການ ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jii'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **1-866-213-3062** (TTY: 711).

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-866-213-3062** (TTY: 711) फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-866-213-3062** (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-866-213-3062** (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-866-213-3062** (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-866-213-3062** (TTY: 711).

اردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-866-213-3062** (TTY: 711)۔

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 **1-866-213-3062** (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-866-213-3062** (TTY: 711).