

<b>TITRE</b>	Soins caritatifs		
<b>NUMÉRO</b>		<b>Date de dernière révision/révision effective :</b>	16 Jan
<b>FONCTIONS de la Commission conjointe</b>	LD-FM		
<b>APPLICABLE A</b>			

## I. CHAMP D'APPLICATION / OBJECTIF

L'énoncé de mission de Novant Health, « améliorer la santé des communautés, une personne à la fois » reflète la tradition sans but lucratif et la responsabilité sociale de Novant Health envers les communautés au sein desquelles elle est implantée.

## II. POLITIQUE

Toutes les sociétés affiliées de Novant Health (« Novant Health ») fourniront des soins caritatifs (soins gratuits) aux patients à faibles revenus admissibles. Ce service, ainsi que d'autres services au profit de la communauté, est essentiel à l'accomplissement de la mission de Novant Health.

Cette politique a pour objectif d'établir les critères et les conditions de prestations de soins caritatifs aux patients dont le statut financier rend le paiement de services d'urgence ou médicalement nécessaires irréalizable ou impossible. Cette politique ne couvre pas les services facultatifs. Les personnes répondant aux critères d'éligibilité établis dans cette politique sont admissibles pour recevoir des soins gratuits pour les services d'urgence ou médicalement nécessaires. La confidentialité des informations et la dignité individuelle seront respectées pour tous ceux qui demandent de l'aide en vertu de cette politique.

L'équipe de haute direction de Novant Health ou le conseil d'administration de Novant Health doivent approuver toute modification de cette politique.

### A. Éligibilité pour recevoir des soins caritatifs.

#### 1. Zone desservie –

- a. *Patients hospitalisés* : les résidents d'une zone desservie par Novant Health (voir ci-joint), sont éligibles pour faire une demande de soins caritatifs, tels que définis dans cette politique.
- b. *Patients de clinique médicale « non-provider based » (« clinique médicale »)* : les patients doivent vivre dans la zone desservie traditionnellement par la clinique, tel que définie et documentée dans chaque clinique et disponible à la demande d'un patient.
- c. *Patients de radiologie ambulatoire dans un établissement de soins non aigus (« Radiologie ambulatoire »)* : les patients résidant dans un rayon de 40 km (25 miles) de l'établissement sont éligibles pour faire une demande de soins caritatifs, tels que définis dans cette politique.

Les patients en dehors de la zone desservie appropriée de Novant Health Service seront examinés et approuvés par les présidents de marché ou leurs

représentants. Pour les enregistrements programmés, sans approbation préalable, les patients devront payer pour les services rendus s'ils résident en dehors de la zone desservie par Novant Health.

2. Patient régulier. Dans le cas d'une clinique médicale, un patient doit être quelqu'un qui a été traité par un médecin généraliste du Groupe médical Novant Health au cours des trois (3) années précédentes.
  3. Revenus. Le patient doit être non assuré, dans l'incapacité d'accéder aux programmes d'indemnités, avoir des revenus familiaux annuels inférieurs ou égaux à 300 % des Lignes directrices fédérales sur la pauvreté disponibles pour l'année en cours, et ne pas avoir d'actifs liquides substantiels (p. ex. argent disponible). La couverture des parties assurées sera seulement accordée dans certaines circonstances après l'examen et l'approbation de tous les documents de soins caritatifs par la direction.
  4. Services couverts. Pour les patients hospitalisés et les patients de radiologie ambulatoires, les services couverts incluent les services d'urgence et médicalement nécessaires reçus dans le cadre d'un hôpital, d'un cabinet « provider-based », ou de radiologie ambulatoire Novant Health. Pour les patients d'une clinique médicale, les services couverts sont déterminés par l'évaluation d'un médecin. Les services couverts excluent les services, tests et procédures cosmétiques, facultatifs, non urgents, les services de fertilité ou les traitements expérimentaux. Dans le cas des cliniques médicales, les médicaments sous ordonnance sont exclus des services couverts.
  5. Autre couverture sanitaire. Les patients connus pour avoir choisi de ne pas participer aux régimes de santé parrainés par leur employeur, ou qui ne sont pas éligibles pour une couverture médicale parrainée par le gouvernement en raison de leur non-conformité aux exigences du programme, ne sont pas éligibles pour des soins caritatifs en vertu de cette politique. Cette exclusion ne s'applique pas aux patients qui sont connus pour avoir choisi de ne pas participer à l'échange de soins de santé établi par la loi Affordable Care Act.
  6. Circonstances spéciales. L'éligibilité pour les soins caritatifs des patients décédés sans succession ou sans couverture tierce pourra être envisagée. Les patients en faillite peuvent également être éligibles pour des soins caritatifs.
- B. Demande – Une demande (voir la demande ci-jointe) fournissant toutes les données à l'appui nécessaires pour vérifier l'éligibilité pour les soins caritatifs sera remplie par le patient et retournée au bureau administratif, au porte-parole du cycle des recettes ou à un conseiller financier de l'établissement ou de la clinique. Les données à l'appui sont des documents attestant les revenus tels que des formulaires W2, des talons de paie ou la déclaration d'impôt de l'année précédente. Les patients sans source de revenus doivent fournir une lettre de soutien indiquant leur besoin d'être considérés pour des soins caritatifs sur la base de leur situation financière actuelle. Les lettres doivent indiquer au minimum que le patient ne peut fournir aucune documentation financière à l'appui. Voir la Section G ci-dessous. Les formulaires de demande seront conservés au bureau administratif de l'établissement ou de la clinique et fournies aux personnes qui demandent des soins caritatifs ou identifiées comme des candidats potentiels pour des soins caritatifs. Les formulaires de demande sont disponibles en anglais et en espagnol. Une aide pour remplir la demande peut être fournie en contactant un conseiller financier à l'un des numéros de téléphone indiqués dans la Section O de cette politique.

- C. Détermination basée sur une demande – Dès la réception des documents complets et après détermination de l'éligibilité, une lettre de notification sera envoyée à chaque demandeur l'avisant de la décision de l'établissement ou de la clinique. Si le patient répond aux exigences d'éligibilité, il sera désigné comme éligible pour recevoir des soins caritatifs. Les patients qui soumettent des demandes incomplètes ou qui ne fournissent pas de documentation à l'appui seront contactés par téléphone ou par courrier.
- D. Détermination d'éligibilité présumée – Un compte pourra être réexaminé pour son éligibilité présumée pour des soins caritatifs après un cycle de facturation de 120 jours si aucune demande n'a été reçue. Un compte sans couverture d'assurance est réexaminé en obtenant la taille et les revenus du foyer via Experian Healthcare, une société de données et d'analyse, et en calculant le pourcentage de pauvreté fédéral basé sur les Lignes directrices fédérales sur la pauvreté les plus récentes. Un compte sans couverture d'assurance dont le pourcentage de pauvreté fédéral est inférieur à 300 % sera éligible pour recevoir des soins caritatifs et obtiendra un ajustement de 100 % des charges pour les services couverts en vertu de cette politique.
- E. Prestataires fournissant des soins d'urgence et médicalement nécessaires – Chaque établissement NH conserve une liste de prestataires qui fournissent des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires dans l'établissement NH, et qui identifie les prestataires couverts en vertu de cette politique (« Liste de prestataires »). Cette liste peut être mise à jour sur une base régulière sans l'approbation du conseil de direction de l'établissement NH. Une liste de prestataires peut être obtenue via le site Internet de Novant Health ou en contactant un conseiller financier à l'un des numéros de téléphone indiqués dans la Section O de cette politique.
- F. Période d'éligibilité – La demande et la documentation de soins caritatifs doivent être mises à jour tous les six mois ou à tout moment durant cette période de six mois où les revenus familiaux ou le statut d'assurance change au point où le patient devient inéligible. Chaque visite effectuée pendant ces six mois sera passée en revue pour un éventuel accès à d'autres programmes d'indemnités.
- G. Aucune documentation financière à l'appui – Les patients sans source de revenus peuvent être classés comme pouvant bénéficier de soins caritatifs s'ils n'ont pas de travail, d'adresse postale, de résidence ou d'assurance. Il convient de prendre également en considération les patients qui ne fournissent pas d'informations adéquates au sujet de leur statut financier. Les patients sans source de revenus doivent fournir une lettre de soutien indiquant leur besoin d'être considérés pour des soins caritatifs sur la base de leur situation financière actuelle. Les lettres doivent indiquer au minimum que le patient ne peut fournir aucune documentation financière à l'appui. Les soins caritatifs ne peuvent pas être refusés en vertu de cette politique si le demandeur manque de fournir des informations ou une documentation que cette politique ou ce formulaire de demande n'exige pas du demandeur.
- H. Actions de facturation et de recouvrement – Pour plus d'informations sur les activités de facturation et de recouvrement de Novant Health, veuillez consulter la

politique de facturation et de recouvrement de Novant Health. Une copie de cette politique peut être obtenue sur le site Internet de Novant Health ou en contactant un conseiller financier à l'un des numéros de téléphone indiqués dans la Section O de cette politique.

- I. Date d'entrée en vigueur des soins caritatifs – Bien qu'il soit désirable de déterminer l'éligibilité d'un patient pour des soins caritatifs le plus près possible de la date du service, tant que le patient soumet la documentation requise pendant la période de la demande, les soins caritatifs seront fournis.
- J. Enregistrements – Les dossiers relatifs aux patients de soins caritatifs potentiels doivent être faciles à obtenir. Les images de documents relatives aux soins caritatifs sont accessibles dans les domaines suivants au niveau du compte ou du dossier médical du patient :
- Cycle de revenus NHMG : la documentation de la demande est conservée dans un classeur fermé à clé pendant 30 jours et puis numérisée dans Hyland OnBase en vue de son archivage.
  - Installations de radiologie ambulatoire NH : les documents sont numérisés dans le système de gestion des documents de Centricity en vue de leur archivage.
  - Établissements de soins aigus Invision NH : les documents sont numérisés dans le système Siemens EDM en vue de leur archivage.
  - Établissements de soins aigus NH Dimension : les documents sont numérisés dans le gestionnaire de médias de Dimensions en vue de leur archivage.
- K. Charges. Aucune personne éligible pour des soins caritatifs ne sera facturée pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires en vertu de cette politique. Au cas où Novant Health se trouverait dans l'obligation de facturer des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires en vertu de cette politique, la société utilisera la méthode prospective pour déterminer les montants généralement facturés en utilisant les tarifs Medicaid (amounts generally billed, « AGB ») et ne facturera pas une personne éligible pour des soins caritatifs plus que les AGB.
- L. Budget de soins caritatifs. La disponibilité des soins caritatifs pourra être limitée en fonction du budget de Novant Health ou de ses autres contraintes financières, qui auraient un impact sur la capacité de Novant Health à rester financièrement viable.
- M. Avis public et publication – Novant Health informera le public de l'aide fournie dans cette politique de la façon suivante :
- Cette politique, le formulaire de demande et un résumé en langage clair seront publiés sur le site Internet de NH ;
  - Des copies papier de cette politique, du formulaire de demande et d'un résumé en langage clair seront fournies sur demande et à titre gratuit, à la fois par courrier et dans des lieux publics dans tous les établissements Novant Health, y compris au minimum aux urgences et dans les zones d'admission ;
  - Des brochures sur les soins caritatifs informant le lecteur de l'aide financière disponible en vertu de cette politique, de la façon d'obtenir un complément d'information au sujet de cette politique et sur le processus de demande, et de la façon d'obtenir des copies de cette politique, du formulaire de demande et

d'un résumé en langage clair, seront disponibles dans diverses cliniques médicales communautaires dans les zones desservies par Novant Health ;

- Les patients recevront une copie papier du résumé en langage clair dans le cadre du processus d'admission ou de sortie de l'hôpital ;
- Les relevés de facturation contiendront une notice visible informant le lecteur de cette politique, tel que stipulé plus en détail dans la politique de facturation et de recouvrement de Novant Health ; et
- Des affichages publics visibles avisant et informant les patients de cette politique seront placés dans des lieux publics dans les établissements de Novant Health, y compris au minimum aux urgences et dans les zones d'admission.

N. Accessibilité aux personnes CLA – Novant Health fournira cette politique, le formulaire de demande et le résumé en langage clair à toutes les populations significatives ayant des compétences limitées en anglais (« CLA »). Pour déterminer si une population est significative, Novant Health utilisera une méthode raisonnable pour déterminer les groupes de langue CLA dans une zone desservie par Novant Health.

O. Disponibilité de la politique et des documents connexes. Les patients hospitalisés pourront obtenir une copie de cette politique, du résumé en langage clair, du formulaire de demande, de la liste des prestataires et de la politique de facturation et de recouvrement :

- en visitant le site Internet de Novant Health à l'adresse <http://www.novanthealth.org/GiveBack/FinancialAssistance.aspx> ;
- en visitant le bureau de conseils financiers dans l'un des hôpitaux de Novant Health ;
- en appelant le service clients gratuitement au 888-844-0080 ;
- en appelant l'un des conseillers financiers hospitaliers de Novant Health à l'un des numéros indiqués ci-dessous :

Novant Health Forsyth Medical Center Novant Health Clemmons Medical Center Novant Health Kernersville Medical Center Novant Health Medical Park Hospital Novant Health Thomasville Medical Center Novant Health Rowan Medical Center	(336) 718-5393
Novant Health Presbyterian Medical Center Novant Health Matthews Medical Center Novant Health Huntersville Medical Center Novant Health Charlotte Orthopedic Hospital Novant Health Brunswick Medical Center	(704) 384-0539
Novant Health Prince William Medical Center Novant Health Heathcote Medical Center Novant Health Haymarket Medical Center	(703) 369-8020

Pour les cliniques médicales et la radiologie ambulatoire, une copie de la politique de soins caritatifs, un résumé en langage clair, un formulaire de demande et la politique de facturation et de recouvrement peuvent être obtenus en contactant la clinique en question.

**EXCLUSIONS** : Cette politique s'applique uniquement aux services rendus par les sociétés affiliées de Novant Health et non pas aux services rendus par des médecins ou des praticiens indépendants. Cette politique ne s'applique pas non plus aux services fournis à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital/établissement par les médecins ou d'autres prestataires de soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter, les anesthésistes, les radiologues ou les anatomopathologistes qui ne sont pas employés par Novant Health.

### III. PERSONNEL QUALIFIÉ

S/O

### IV. ÉQUIPEMENTS

S/O

### V. PROCÉDURE

*La procédure sert de directive pour aider le personnel à réaliser les objectifs de la politique. En suivant ces directives de procédure, le personnel est censé exercer un jugement dans son champ de pratique ou ses responsabilités professionnelles.*

S/O

### VI. DOCUMENTATION

S/O

### VII. DÉFINITIONS

**Société affiliée** – inclut Novant Health, Inc. et toute entité à part entière ou entité exploitée sous le nom Novant Health.

**Période de la demande** – la période qui commence à la date de prestation des soins à une personne et qui prend fin le 240<sup>e</sup> jour suivant la fourniture du premier relevé de facturation à la personne pour ses soins.

**Soins caritatifs** – services requis pour traiter une maladie, une blessure, une affection, une pathologie ou ses symptômes et répondant aux normes médicales acceptées, et qui, sans traitement rapide, entraîneraient un changement défavorable de l'état de santé.

**Programme d'indemnités**– un programme gouvernemental garantissant certaines prestations de soins de santé à un segment de la population. Cela exclut l'échange de soins de santé établi par la loi Affordable Care Act.

**Famille** – comprend le mari, la femme et tous les enfants (y compris les beaux-enfants) qui vivent dans la maison et qui sont des personnes à charge admissibles aux fins de

l'impôt.

**Revenus** – gains annuels et prestations en espèces de la famille provenant de toutes sources avant impôts, déduction faite des paiements effectués pour la pension alimentaire et la prise en charge des enfants.

**Services médicalement nécessaires** – des services pour un état qui, sans un traitement rapide, entraîneraient un changement défavorable de l'état de santé d'un patient.

**Résumé en langage clair** – déclaration écrite avisant une personne que l'établissement Novant Health offre une aide financière en vertu de cette politique et qui fournit les informations supplémentaires suivantes dans un langage clair, concis et facile à comprendre : (i) une brève description des conditions d'admissibilité et de l'aide offerte en vertu de cette politique ; (ii) un bref résumé de la façon de demander de l'aide en vertu de cette politique ; (iii) l'adresse directe d'un site Internet (ou URL) et les emplacements physiques où la personne peut obtenir des copies de cette politique et du formulaire de demande ; (iv) des instructions sur la façon dont la personne peut obtenir gratuitement un exemplaire de cette politique et du formulaire de demande ; (v) les coordonnées, y compris le numéro de téléphone et l'emplacement physique du bureau ou département de l'établissement, pouvant fournir des informations au sujet de cette politique, et du bureau ou département pouvant fournir une assistance dans le cadre de la demande ou d'un organisme à but non lucratif ou gouvernemental pouvant fournir une assistance ; (vi) une déclaration sur la disponibilité des traductions de cette politique, du formulaire de demande et du résumé en langage clair dans d'autres langues, le cas échéant, et (vii) une déclaration selon laquelle un particulier admissible aux soins caritatifs ne peut être facturé plus que le montant généralement facturé aux personnes ayant une assurance couvrant le même type de soin d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires.

**Zone desservie traditionnelle** – définie et constamment appliquée par la clinique médicale pertinente et couvrant 80 à 90 % de leurs patients.

## VIII. DOCUMENTS CONNEXES

Règlement catastrophique ; rabais non assuré ; plan de paiement ; admissions ; charges et conseils financiers, facturation et recouvrements

## IX. RÉFÉRENCES

S/O

## X. PRÉSENTÉ PAR

Soins caritatifs Novant Health/Sous-comité des mauvaises créances

## XI. MOTS CLÉS

Caritatif, patient non assuré, soins caritatifs, aide financière

<b>XII.</b>	<b>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR</b>	1er juin 2015
	<b>DATE DE RÉVISION EFFECTIVE</b>	01/2016
	<b>DATE DE RÉVISION (sans changements)</b>	
	<b>Échéance pour la prochaine révision</b>	Janvier 2019



## FEUILLE DE SIGNATURE

<b>TITRE</b>	Soins caritatifs
<b>NUMÉRO</b>	
<b>FONCTIONS de la Commission conjointe</b>	LD-FM
<b>APPLICABLE A</b>	
<b>MESURE</b>	Révisé

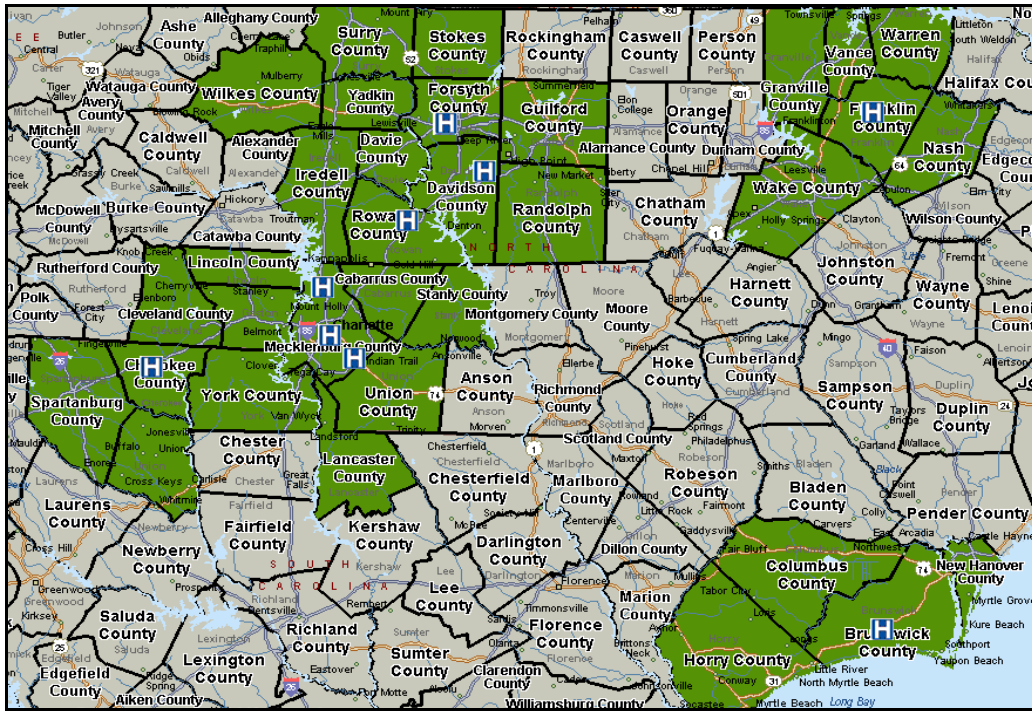
### APPROUVE PAR :

Fonction	Approuvé par	Signature	Date

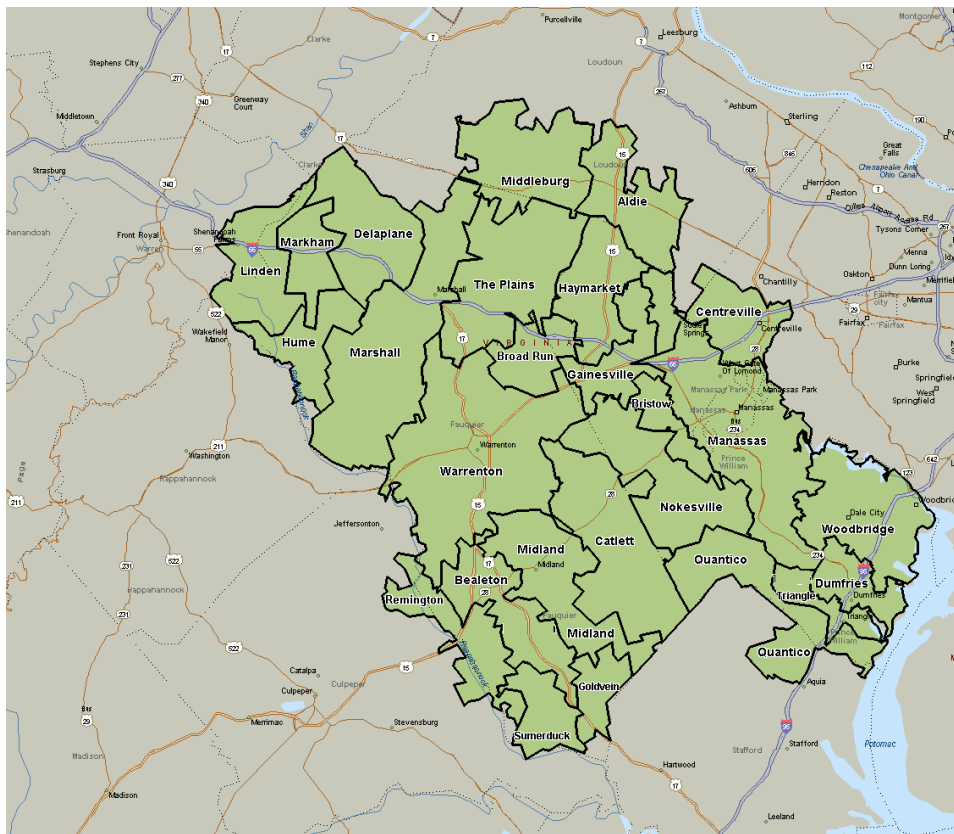
### APPROUVES PAR LES COMITÉS :

Comité	Président(e)/Personne désignée	Date

### Zone NC et SC desservie



### Zone VA nord desservie



## Demande d'aide financière

### I. Données démographiques du patient

Nom du patient : \_\_\_\_\_  
 (Nom) (Prénom) (Autre prénom) (NSS) (Date de naissance)

Nom du garant : \_\_\_\_\_  
 (Nom) (Prénom) (Autre prénom) (NSS) (Date de naissance)

Adresse : \_\_\_\_\_  
 (Rue) (Ville) (État) (Code postal)

Téléphone : \_\_\_\_\_

### II. Données sur le foyer

<b>Situation matrimoniale</b> <i>(Entourez une seule réponse)</i>	<b>Marié(e)</b>	<b>Célibataire</b>	<b>Divorcé(e)</b>	<b>Nombre total de personnes dans le foyer :</b>
--	-----------------	--------------------	-------------------	--

Nom(s) des personnes à charge <i>(Joindre une feuille séparée pour les autres personnes à charge)</i>	Date de naissance des personnes à charge

### III. Emploi/Revenu

<b>Employeur du patient/garant :</b>
<b>Montant du revenu mensuel brut : USD</b>
<b>Source de revenus :</b> <i>joindre une pièce justificative ou une explication de la situation actuelle</i>
<b>Autre source de revenus et montant mensuel brut : USD</b>
<b>Revenu annuel brut total du foyer : USD</b>

### IV. Vérification de l'assurance

<b>Avez-vous une assurance-maladie ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Si oui, expliquez :</b> <i>(inclure le nom, l'adresse, le numéro de téléphone de la compagnie d'assurance, numéro de police/groupe et renseignements sur l'abonné)</i>		
<b>Avez-vous un emploi ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Si oui, indiquer les coordonnées actuelles de l'employeur :</b>		
<b>Si non, indiquer les coordonnées du dernier employeur (inclure les dates) :</b>		

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts, et ce, dans l'état actuel de mes connaissances. Je comprends que des renseignements frauduleux ou trompeurs me rendront inéligible à une quelconque assistance financière. J'autorise la divulgation de toutes les informations nécessaires pour la vérification des renseignements fournis, ainsi que pour la facturation et le recouvrement, conformément aux lois fédérales et étatiques applicables. Une preuve du revenu peut-être demandée avant de commencer l'examen du dossier. Les preuves de revenus valides comprennent, mais sans s'y limiter : une copie des talons de paie, une copie de la déclaration d'impôts de l'année précédente, ou une lettre de l'actuel employeur mentionnant le salaire actuel et les heures de travail.

<i>Signature du patient/garant</i>		<b>Date :</b>
Signature de l'enquêteur		Date :
Signature du gestionnaire		Date :
Signature du directeur		Date :
Signature du VPP		Date :
Commentaires		

# Notice of nondiscrimination

Novant Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Novant Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Novant Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

**If you need these services, please contact Novant Health interpreter services toll-free at 1-855-526-4411, then select option 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.**

If you believe that Novant Health has not provided these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Patient services department  
Attn: Section 1557 coordinator  
200 Hawthorne Lane  
Charlotte, NC 28204

Telephone: 1-888-648-7999 (toll-free)  
TDD/TTY: 1-800-735-8262

[NovantHealth.org/home/contact-us.aspx](https://NovantHealth.org/home/contact-us.aspx)

You may file a grievance by mail, in person at the Novant Health facility where care was provided, or by submitting the form at the link above. If you need help filing a grievance, call toll-free, 1-888-648-7999 or TDD/TTY 1-800-735-8262.

You may 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 online at [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](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, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)  
Complaint forms are available at [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

**ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-526-4411. Select option 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.**



# Notice of nondiscrimination

Español (Spanish)	<b>ATENCIÓN:</b> Los servicios de asistencia lingüísticos, gratuitos, están disponibles para usted. Llame al 1-855-526-4411. Seleccione la opción 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
繁體中文 (Chinese)	注意：您可以享受免費的語言協助服務。請撥打1-855-526-4411。選擇選項3。TDD/TTY：1-800-735-8262。
Tiếng Việt (Vietnamese)	<b>CHÚ Ý:</b> Có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi 1-855-526-4411. Chọn tùy chọn 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
한국어 (Korean)	주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-526-4411 번으로 전화하십시오. 옵션 3을 선택하십시오. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
Français (French)	<b>IMPORTANT :</b> Des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le +1 855 526 4411. Sélectionnez l'option 3. Dispositif de télécommunication pour sourds et malentendants : +1 800 735 8262.
العربية (Arabic)	ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل على الرقم 1-855-526-4411. اختر الخيار 3. جهاز الاتصال الكتابي/الهاتف النصي: 1-800-735-8262.
Русский (Russian)	<b>ВНИМАНИЕ:</b> Для вас доступна бесплатная услуга языковой поддержки. Позвоните по телефону 1-855-526-4411. Выберите вариант 3. Текстовый телефон/телетайп: 1-800-735-8262.
Tagalog (Tagalog – Filipino)	<b>ATENSYON:</b> May mga libreng serbisyo ng tulong sa wika na available sa iyo. Tumawag sa 1-855-526-4411. Piliin ang opsyon 3. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
فارسی (Farsi)	برائے توجہ: 1-855-526-4411 خدمات ترجمہ بہ طور رایگان در اختیار تان قرار دارد. با شماره 1-855-526-4411 را انتخاب کنید. تماس بگیرند. گزینه TDD/TTY: 1-800-735-8262
አማርኛ (Amharic)	ማሳሰቢያ:- የጥንቃቄ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ 1-855-526-4411 ላይ ይደውሉ። አማራጭ 3ን ይምረጡ። TDD/TTY:- 1-800-735-8262.
Deutsch (German)	<b>HINWEIS:</b> Es stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Wählen Sie +1 855 526 4411. Wählen Sie Option 3 aus. TDD/TTY: 1 800 735 8262.
اُردُو (Urdu)	برائے توجہ: آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ 1-855-526-4411 پر فون کریں۔ اختیار 3 چنیں۔ TDD/TTY: 1-800-735-8262
हिंदी (Hindi)	<b>ध्यान दें:</b> आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-526-4411 को कॉल करें। विकल्प 3 चुनें। TDD/TTY: 1-800-735-8262.
ગુજરાતી (Gujarati)	<b>સાવધાન:</b> તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ, વિના મૂલ્યે, ઉપલબ્ધ છે. 1-855-526-4411 પર કોલ કરો. વિકલ્પ 3 પસંદ કરો. TDD/TTY: 1-800-735-8262.
বাংলা (Bengali)	<b>মনোযোগ দিন:</b> আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা লভ্য আছে। 1-855-526-4411 নম্বরে ফোন করুন। বিকল্প 3 নির্বাচন করুন। TDD/TTY: 1-800-735-8262।