PacificSource HEALTH PLANS

Formulario de Inscripción para Póliza Individual y Familiar – **Washington**

¡Muchas gracias por elegir a PacificSource!

Usted también puede inscribirse en línea en **PacificSource.com/find-an-individual-plan**.

Antes de comenzar

Esto es lo que usted necesitará para llenar este formulario de inscripción:

- Una pluma con tinta azul o negra
- Una copia de cualquier documento que usted pueda necesitar para demostrar la tutela legal.
- La información de su agente de seguros de salud, en caso de que aplique.
- El pago de su prima del primer mes (es necesario pagar antes de que su póliza entre en vigor).
- Comprobante de cobertura anterior si usted se inscribe fuera del periodo de inscripciones abiertas. Por favor proporcione un certificado de cobertura acreditable y la fecha de terminación de la cobertura anterior.

Usted es elegible para inscribirse siempre y cuando:

- Usted y sus dependientes (en caso de que se inscriban) no están recibiendo beneficios bajo Medicare Parte A o Medicare Parte B ni están inscritos en un plan Medicare Choice o Advantage.
- Usted es residente del estado de Washington y vive en los condados de Clark, Pierce o Spokane.
- Su cónyuge /pareja doméstica (en caso de que aplique) legalmente es su cónyuge/pareja doméstica.
- Sus hijos o los hijos de su cónyuge/pareja doméstica (en caso de que aplique) son sus hijos naturales o adoptados, o bien, usted es su tutor legal.

Nota: Si usted es elegible para recibir asistencia financiera federal, deberá solicitar la cobertura a través de Washington Healthplanfinder en wahealthplanfinder.org.

¿Necesita usted ayuda?

Si usted tiene alguna duda sobre cualquier sección de este formulario de inscripción, podemos ayudarle con gusto. Comuníquese con un Asesor de Cobertura de PacificSource al teléfono **(855) 330-2792**.

¿Qué sucede cuando recibimos su solicitud?

Comenzaremos a procesar su solicitud. Si usted cumple con los requisitos y realiza el pago, en las próximas semanas recibirá varias cosas de nosotros. Para recibir la información de una manera más rápida, incluya su dirección de email en la solicitud.

1. Resumen de Beneficios y Cobertura
2. Información para Miembros Nuevos
3. Su(s) tarjeta(s) de identificación
4. Su póliza completa

Por favor conserve una copia de esta solicitud para su expediente.

1 ¿Qué tipo de cobertura desea usted?

Cobertura Nueva

- ☐ Solamente para mí
- ☐ Para mí + mi cónyuge/pareja doméstica
- ☐ Para mí + mi familia
- ☐ Solamente para mi(s) hijo(s) o dependiente(s) legal(es)

O **Cambio en Mi Cobertura Actual**

No. de ID Actual de PacificSource _____
(Esta información aparece en su tarjeta de ID).

- ☐ Agregar a miembro(s) de la familia (Llene la sección 7)
- ☐ Cambiar mi plan como se indica abajo

Motivo de inscripción: ☐ Evento calificativo (explique abajo) ☐ Inscripciones abiertas

Evento Calificativo _____ Fecha del Evento ____/____/_____

Es necesario presentar la documentación correspondiente si usted se inscribe fuera del periodo de inscripciones abiertas o si agrega dependientes.Si usted se inscribe durante el periodo de inscripciones abiertas, la cobertura comenzará el 1 de enero. Si usted se inscribe durante un periodo de inscripción especial, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al evento calificativo, a menos de que dicho evento le permita inscribirse en la fecha del evento calificativo.

2 Elija un plan médico

Si desea conocer la información sobre los beneficios de su plan, visite **PacificSource.com/find-an-individual-plan** o consulte el folleto del Plan Individual y Familiar de Washington.

Red Navigator

- ☐ Bronze HSA 6750
- ☐ Bronze 7000
- ☐ Silver 5000
- ☐ Silver 3500
- ☐ Gold 1500

3 Seleccione una fecha de cobertura

¿En qué fecha le gustaría iniciar su cobertura? _____/_____ mes/año.
La cobertura entrará en vigor el primer día del mes.

Si usted se inscribe durante el periodo de inscripciones abiertas, deberá entregar su solicitud a más tardar el 15 de diciembre para que la cobertura inicie el 1 de enero.

Si usted se inscribe fuera del periodo de inscripciones abiertas, tendrá un plazo de 60 días a partir de la fecha del evento calificativo para presentar su solicitud y la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a dicho evento calificativo. Si el evento calificativo se debe al nacimiento, la adopción o el acogimiento en adopción de un dependiente nuevo, la cobertura comenzará el día del evento.

Inscripción mía y de mi familia

Enliste a todos los miembros de su familia que desea asegurar. Solamente son elegibles su cónyuge legal, su pareja doméstica y sus hijos dependientes. Si uno de sus hijos es mayor de 26 años de edad y ha sido médicamente certificado como persona discapacitada que depende de sus padres, será necesario proporcionar una copia del certificado.

*__Raza/Origen Etnico__ (Esta información es opcional y se utiliza para propósitos de evaluación del NCQA. Elija el código con el cual se identifique mejor a cada miembro de la familia): **AI**-Indio Americano/Nativo de Alaska, **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**-Hispano/Latino, **N**-Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico, **W**-Blanco/Caucásico.

**Uso del tabaco en promedio cuatro o más veces por semana durante los últimos seis meses. Incluye cualquier producto del tabaco, a excepción de los usos religiosos o ceremoniales.

Se requiere una cobertura dental pediátrica individual para todos los dependientes menores de 19 años de edad.

☐ Contrataré una cobertura dental pediátrica con otra compañía aseguradora

☐ No, no inscribiré a personas menores de 19 años de edad en este plan

4 Información Propia (Requerido)

Si esta póliza solamente cubre a los hijos/dependientes, PacificSource requiere que el padre o tutor responsable proporcione su información.

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) _____

Género (M/F) _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/Origen Etnico* _____ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) _____

Estado Civil ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Sociedad Doméstica

Dirección Física _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Teléfono _____ Email _____

Dirección Postal (en caso de ser distinta) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Proveedor de Atención Primaria*** _____

Dirección del Proveedor de Atención Primaria*** _____

¿Es usted un paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No

¿Utiliza usted productos del tabaco?** ☐ Sí ☐ No

¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? ☐ Sí ☐ No

En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? ☐ Sí ☐ No

*** No se requiere para inscribirse en el plan. Se utiliza para coordinar los cuidados con el equipo de atención dedicada del miembro.

5 Cónyuge o Pareja Doméstica (Continúe con la sección 7 si usted no desea inscribir a su cónyuge o pareja doméstica).

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) _____

Género (M/F) _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/Origen Etnico* _____ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) _____

Nombre del Proveedor de Atención Primaria*** _____

Dirección del Proveedor de Atención Primaria*** _____

¿Es usted un paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No
¿Utiliza usted productos del tabaco?** ☐ Sí ☐ No
¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? ☐ Sí ☐ No
En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? ☐ Sí ☐ No

6 Hijo(a) Dependiente (Continúe con la sección 8 si usted no desea inscribir a sus dependientes).

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) _____

Género (M/F) _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/Origen Etnico* _____ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) _____

Nombre del Proveedor de Atención Primaria _____

Dirección del Proveedor de Atención Primaria _____

¿Es usted un paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No
¿Utiliza usted productos del tabaco?** ☐ Sí ☐ No
¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? ☐ Sí ☐ No
En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? ☐ Sí ☐ No

Hijo(a) Dependiente

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) _____

Género (M/F) _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/Origen Etnico* _____ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) _____

Nombre del Proveedor de Atención Primaria _____

Dirección del Proveedor de Atención Primaria _____

¿Es usted un paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No
¿Utiliza usted productos del tabaco?** ☐ Sí ☐ No
¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? ☐ Sí ☐ No
En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? ☐ Sí ☐ No

Hijo(a) Dependiente

Nombre (Primer Nombre, Inicial del 2do Nombre, Apellido) _____

Género (M/F) _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/Origen Etnico* _____ Fecha de Nacimiento (MM-DD-AA) _____

Nombre del Proveedor de Atención Primaria _____

Dirección del Proveedor de Atención Primaria _____

¿Es usted un paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No
¿Utiliza usted productos del tabaco?** ☐ Sí ☐ No
¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? ☐ Sí ☐ No
En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? ☐ Sí ☐ No

Por favor utilice hojas adicionales si es necesario. ☐ He anexado _____ hojas adicionales.

7 Información Sobre Mis Otros Seguros

Por favor indique la cobertura de cualquier seguro de salud o dental más reciente que usted o alguna de las personas enlistadas en este formulario de inscripción hayan tenido, incluyendo seguros comerciales (seguro de grupo del empleador o seguro individual), Medicaid, Medicare, Medicare Advantage, seguro suplementario de Medicare o una cobertura dental pediátrica.

☐ Sin cobertura previa

Nombre de la(s) otra(s) aseguradora(s) (incluya dirección y número de teléfono, si lo conoce)

_____

Tipo de cobertura (marque todas las opciones que apliquen)

☐ Médica ☐ Visual ☐ Dental Pediátrica ☐ Dental para Adultos

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s)

_____

Fecha de inicio de la cobertura ___/___/_____ Fecha de terminación ___/___/_____

¿Está vigente la cobertura? ☐ Sí ☐ No Núm. de Póliza _____

Si es un seguro de grupo, indique el nombre del grupo _____

8 Certificación, Autorización y Firma

Asegúrese de firmar y anotar la fecha en esta página y en la siguiente. También es necesario que su cónyuge o pareja doméstica firme el documento (en caso de que aplique), así como sus hijos de 18 años de edad o mayores. Las declaraciones realizadas por el afiliado se considerarán como declaraciones realizadas en representación de cada una de las personas cubiertas por esta póliza. Sin embargo, los cambios a la información proporcionada en el formulario de inscripción no entrarán en vigor sino hasta que hayan sido aprobados por escrito por el afiliado. Si usted desea solicitar una copia impresa de su solicitud y/o de su información de inscripción sin costo alguno, póngase en contacto con nuestro Departamento de Facturación e Inscripción Comercial al email **individual@pacificsource.com** o al teléfono **(866) 695-8684**.

Certificación de Información Completa y Correcta
Es un delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa con el propósito de obtener una cobertura de salud de forma fraudulenta. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios.

Certifico que las respuestas proporcionadas en este formulario de inscripción son completas y correctas. Además, entiendo que si este formulario contiene información intencionalmente falsa o fraudulenta, PacificSource podrá modificar o cancelar el contrato y/o tomar cualquier otra acción legal disponible bajo la ley. En caso de ser aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha de vigencia que determine PacificSource. Es posible que un representante de PacificSource se ponga en contacto conmigo para aclarar las respuestas proporcionadas en este formulario de inscripción.

He(hemos) leído esta autorización y comprendo(comprendemos) su información.

Firma del Afiliado/Persona Responsable/Tutor_____ Fecha _____

Nombre (con letra de imprenta) _____ Relación _____

En caso de inscribirse en la cobertura:

Firma del Cónyuge/Pareja Doméstica_____ Fecha _____

Firma de Hijo(s) de 18 años de edad o mayores_____ Fecha _____

Firma de Hijo(s) de 18 años de edad o mayores_____ Fecha _____

Sección requerida para menores de edad que se inscriban:

Nombre (con letra de imprenta) del ☐ Padre ó ☐ Tutor _____

Firma _____ Fecha _____

Firme y anote la fecha en este formulario de inscripción. Es necesario llenar todas las secciones para que esta autorización sea válida. De aceptarse la inscripción, PacificSource proporcionará al titular de la póliza una copia de este formulario junto con la póliza.

9 Autorización del Agente (Continúe con la sección 11 si usted no está trabajando con un agente).

Yo, como agente de seguros, no he realizado declaraciones al afiliado acerca de cualquier disposición, beneficio, condición o limitación de la póliza, a excepción de la información contenida en los materiales impresos que han sido proporcionados por PacificSource. El afiliado ha sido informado que la fecha de vigencia de la cobertura es asignada solamente por PacificSource. Certifico que la información que me fue proporcionada por el afiliado ha sido registrada de manera verdadera y precisa en este documento.

Nombre del Afiliado (con letra de imprenta) _____

Nombre del Agente (con letra de imprenta) _____

Núm. de Agente de PacificSource _____

Firma del Agente _____ Fecha _____

10 ¿Cómo Prefiere Usted Pagar las Primas a Futuro?

Es necesario que usted pague su prima del primer mes (con cheque u orden de pago) antes de que su póliza entre en vigor. No aceptamos pagos de terceras personas, excepto cuando así lo requieran las leyes federales.

Por favor indique su método de pago para pagar las primas a futuro. Recordatorio: La prima del primer mes solamente se puede pagar con cheque u orden de pago.

☐ Favor de enviarme una factura impresa por correo cada mes. *(Continúe con la sección 12)*

☐ Retiro automático de mi cuenta de banco (transferencia electrónica de fondos o EFT). *El pago del primer mes no puede realizarse por transferencia electrónica de fondos (EFT).*

Autorizamos e instruimos a PacificSource Health Plans para que realice el retiro de fondos según se indica a continuación:

Monto del retiro mensual $_____ Los retiros se realizan el día 5 de cada mes.

Seleccione uno: ☐ Iniciar las transferencias en la siguiente fecha disponible

☐ Retrasar las transferencias hasta _____ (mes)

Información del banco

Nombre del Banco _____

Núm. de Cuenta _____ Núm. de Ruta _____

Tipo de Cuenta

☐ Cheques—Adjunte un cheque cancelado ☐ Ahorros—Adjunte una ficha de retiro cancelada

Esta autorización estará vigente hasta que sea cancelada por cualquiera de las partes. En caso de que se modifiquen las primas de la póliza individual debido a un incremento en las tarifas, a la selección de un plan distinto o al cambio de edad del asegurado, esta autorización se modificará automáticamente para autorizar el retiro de un monto equivalente a la nueva prima.

Nombre del Titular de la Póliza (con letra de imprenta) _____ Fecha _____

Firma del Titular de la Cuenta Bancaria _____ Fecha _____

Detalles importantes acerca del retiro automático de las primas mensuales:

- Las cuentas nuevas pueden tardar 30 días en configurarse. Si su póliza es aceptada y la cobertura inicia antes de que se configure el retiro mensual, es posible que usted tenga que pagar con cheque hasta que se haya establecido el proceso de transferencia de fondos.
- Las transferencias se realizan el día 5 de cada mes. Si el día 5 cae en un fin de semana o un día festivo, la transferencia se realizará el siguiente día hábil.
- Las transferencias se realizarán en base al saldo a pagar de la prima.
- En caso de que no se haya configurado la transferencia electrónica de fondos (EFT) antes de la fecha de facturación del segundo mes, es posible que usted reciba una factura impresa correspondiente al segundo mes.

11 ¿Está Usted Listo para Enviar su Solicitud?

- ☐ ¿Llenó por completo todas las secciones?
- ☐ ¿Adjuntó la documentación solicitada (por ejemplo: documentos de tutela, etc.)?
- ☐ ¿Seleccionó una fecha de cobertura de la póliza en la página 2?
- ☐ ¿Incluyó un cheque o una orden de pago para pagar su prima del primer mes?
- ☐ ¿Seleccionó una opción de pago y adjuntó un cheque cancelado en caso de ser necesario? (Consulte la sección 11)

Llene por completo el formulario, fírmelo y envíelo junto con los documentos adjuntos por:

Email: Individual@pacificsource.com
Fax: (541) 225-3646
Correo postal: PacificSource Health Plans, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068

¡Muchas gracias por inscribirse!

Para uso del personal de oficina solamente

De acuerdo con las leyes de Washington (RCW 48.43.510), es necesario proporcionar cierta información sobre el plan de salud antes de poder contratarlo o seleccionarlo. Usted puede consultar dicha información en **https://pacificsource.com/plan-summaries/** o solicitarla a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al teléfono **866-556-1224**. La información disponible incluye los beneficios, las autorizaciones previas requeridas, las primas y la compartición de costos, los proveedores de la red, las quejas y apelaciones, la acreditación y la confidencialidad. Si usted desea contratar la cobertura a través del mercado de Intercambio de Beneficios de Salud, deberá presentar su solicitud directamente en el Intercambio.

La Ley Prohíbe la Discriminación

PacificSource cumple con las leyes federales aplicables sobre los derechos civiles y no discrimina en base a la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el género. PacificSource no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.

PacificSource:

- Ofrece servicios y apoyos gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros, tales como:
    - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
    - Información escrita en otros formatos (letra más grande, grabación de audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si usted requiere estos servicios, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente al **(888) 977-9299**. Los usuarios del servicio TTY deben llamar al **(800) 735-2900**. Nuestro horario de atención es de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si usted considera que PacificSource no le ha proporcionado estos servicios o que usted ha sido víctima de discriminación debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja dirigida a: Civil Rights Coordinator, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068, (888) 779-9299, TTY 711, fax (541) 684-5264 o email crc@pacificsource.com. Por favor indique que desea presentar una queja de derechos civiles. Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o email. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese al Departamento de Servicio al Cliente de PacificSource para recibir ayuda.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, ya sea de manera electrónica a través del Portal de la Oficinas de Quejas de Derechos Civiles en OCRPortal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono:

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

Los formularios de queja están disponibles en HHS.gov/ocr/office/file/index.html.

Arabic	بخصوص PacificSource Health Plans ، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات تتكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل ب- 977-9299 (888). إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة الضرورية بلغتك من دون اية
Cambodian-Mon-Khmer	ប្រសិនបរើអ្នក ឬនរណាម្នន ក់ដលែអ្នកកំពុងដជួយ ម្ននសំណួ រអំពី PacificSource Health Plans បរ, អ្នកម្ននសិធិទួលជំនួយនិងព័ម៌ន បរៅកនុងភាសា អរស់អ្នក បោយមិនអស់ប្ាក់ ។ បដើមបីនិយាយជាមួយអ្នករកដប្រ សូម (888) 977-9299.
Chinese	如果您，或是您正在協助的對象，有關於[插入 SBM 項目的名稱 PacificSource Health Plans 方面的問題，您 有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字 (888) 977-9299.

Cushite-Oromo	Isin yookan namni biraa isin deeggartan PacificSource Health Plans irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa (888) 977-9299 tiin bilbilaa.
French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de PacificSource Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez (888) 977-9299.
German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum PacificSource Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer (888) 977-9299 an.
Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でもPacificSource Health Plans についてご質問がございました ら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。 通訳とお話される場合、(888) 977-9299までお電話ください。
Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 PacificSource Health Plans 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 (888) 977-9299로 전화하십시오.
Persian-Farsi	مي‌کنيد ، سوال در مورد PacificSource Health Plans ، داشته باشيد حق اين را داريد که کمک دريافت نماييد.977-9299 (888) تماس حاصل نماييد. اگر شما، يا کسی که شما به او کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رايگان
Romanian	Dacă dumneavoastră sau persoana pe care o asistați aveți întrebări privind PacificSource Health Plans, aveți dreptul de a obține gratuit ajutor și informații în limba dumneavoastră. Pentru a vorbi cu un interpret, sunați la (888) 977-9299.
Russian	1Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу PacificSource Health Plans, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону (888) 977-9299.
Spanish	Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de PacificSource Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al (888) 977-9299.
Thai	หากคณุ หรือคนที่คณก าลงช่วยเหลือมีค าถามเกียวกบั PacificSource Health Plans คณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมลในภาษาของคณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย พดคยุ กบลาม โทร (888) 977-9299.
Ukrainian	Якщо у Вас чи у когось, хто отримує Вашу допомогу, виникають питання про PacificSource Health Plans, у Вас є право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на Вашій рідній мові. Щоб зв'язатись з перекладачем, задзвоніть на (888) 977-9299.
Vietnamese	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về PacificSource Health Plans, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi (888) 977-9299.