

## 정책

# 환자책임잔액 및 징수정책

본 정책은 다음 Corewell Health 영역에 해당합니다.

Beaumont Corporate Shared Services, Beaumont Dearborn, Beaumont Farmington Hills, Beaumont Grosse Pointe, Beaumont Medical Group, Beaumont Pharmacy Solutions, Beaumont Royal Oak, Beaumont Taylor, Beaumont Trenton, Beaumont Troy, Beaumont Wayne, Post Acute Care (Beaumont) Corewell Health(Corporate)Big Rapids (Mecosta County Medical Center), Continuing Care, Corporate, Gerber Memorial (Newaygo County General Hospital Association), Ludington (Memorial Medical Center of West Michigan), Outpatient/Physician Practices, Pennock (Pennock Hospital), Reed City (Reed City Hospital Corporation), SH GR Hospitals (Spectrum Health Hospitals), SHMG, Spectrum Health Lakeland (Lakeland Community Hospital Watervliet; Lakeland Hospitals at Niles and St. Joseph Inc.), United/Kelsey (Spectrum Health United; Spectrum Health Kelsey Hospital), Zeeland (Zeeland Community Hospital)

적용 범위 제한:	해당 없음
참조 번호:	13636
버전 번호:	5
발효일:	11/01/2022
기능 영역:	재정, 수익 관리
부서 영역:	재정, 환자 접근, 환자 재정 서비스 (PFS)

**차별 금지 고지** 모든 개인에게 양질의 의료 서비스를 제공하는 것이 Corewell Health와 모든 부속기관의 방침입니다. Corewell Health는 인종, 피부색, 출신 국가, 시민권, 성별, 종교, 연령, 장애, 정치적 신념, 성적 지향, 결혼 또는 가족 상태를 이유로 차별하지 않습니다. 오직 환자의 의료적 필요와 시설에서 요구하는 의료 서비스 및 치료를 제공할 수 있는 용량과 능력에 바탕을 두고 등록 및 치료 결정이 이루어집니다. 민족, 피부색, 성별, 성, 인종, 출신 국가, 종교, 장애, 연령, HIV 상태, 제대군인 또는 군 복무 상태, 서비스의 결제 출처 또는 연방, 주, 지역 법에 따라 금지한 다른 근거를 가지고 등록 및 치료를 거부하지 않습니다. 환자는 자신의 성적 주체성에 부합하는 방식으로 치료받습니다. 또한, 국민 건강 보험 (“NHSC”) 과 Michigan 대출 상환 프로그램 (“MSLRP”) 을 승인한 지역은 해당 서비스에 대한 결제가 Medicare를 통해 이루어지든, Medicaid 를 통해 이루어지든, 아니면 CHIP을 통해 이루어지든 관계없이 납부할 수 있는 개인의 능력에 기반하여 개인에 대한 서비스의 제공에 있어 차별하지 않습니다. 이는 프로그램 자격 여부와 관계가 없습니다. 또한, 개인의 인종, 피부색, 성별, 출신 국가, 장애, 종교, 연령, 동성애, 성적 정체성을 이유로도 차별하지 않습니다.

### 1. 목적

Corewell Health 와 그 부속기관은 환자책임잔액이 남은 환자와 그 보증인에게 공정하고 공평한 대우를 보장해야 합니다. 이를 위해 Corewell Health 는 환자와 그 보증인이 재정지원 자격 정책(FAP)에 따라 지원받을 자격이 있는지 알아보기 위한 합리적인 노력을 기울이기 전에는 환자와 그 보증인의 특별징수 조치에 동참하지 않습니다.

해당 정책은 병원 재정지원 정책에 따라 재정지원 자격이 되는 환자에 대해서는 병원에 청구 및 징수 관련 특정 요건을 부과하는 것으로, 1986 년 수정된 내국세입법 501 조 (r)(6) 요건을 충족합니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

## 2. 정의

- 2.1. 채무 불이행: Corewell Health 또는 위임받은 제삼자의 내부 징수가 종료된 후, Corewell Health 또는 위임받은 제삼자가 징수를 시도하였지만, 전액 지불하지 못하였거나 합의한 결제 계획이 등록되지 않은 환자책임 잔액을 말합니다.
- 2.2. 특별징수조치("ECA"): 해당 조치에는 민사 소송 시작, 환자의 임금과 세금 신고서 압류가 포함됩니다.
- 2.3. 보증인: Corewell Health 에서 의료 서비스받은 환자의 결제를 보증하는 개인입니다.
- 2.4. 환자: Corewell Health 또는 그 부속기관에서 의료 서비스 받은 개인을 의미합니다.
- 2.5. 환자책임잔액: 환자와 보증인이 책임을 갖고 지불해야 하는 금액입니다. 여기에는 보험 미가입 금액, 공동 지급액, 공제 금액, 공동 보험, 비급여 서비스, 보험 처리 후 환자와 보증인 책임으로 간주하는 잔액이 포함됩니다.

환자가 Medicaid 보장을 받거나 비급여 서비스 (자가약물투여, 출산 교육 등) 를 책임지는 경우에 Corewell Health 는 재정지원 판단 책임을 위해 다음을 고려할 것입니다.

- 2.6. 제삼자 징수 업체: Corewell Health 를 대신하여 환자책임잔액을 기본으로 체납된 환자책임잔액을 징수하기로 계약한 기업입니다. 징수 등이 활동은 모든 연방, 주, 지역 법 및 규정에 따라 자체 이름으로 이루어집니다.
- 2.7. 신청 기간: Corewell Health 가 FAP 에서 정의한 재정지원 신청을 수락하고 처리해야 하는 기간입니다. 신청 기간은 첫 번째 퇴원 후 청구서에 나온 진료 제공일에 시작하여 날짜에 시작하여 그 후 240 일째에 종료합니다. (특정 상황에서는 본 정책에서 설명한 바와 같이 Corewell Health 가 신청 기간이 끝난 후 재정지원 신청서를 수락하고 처리해야 할 수 있습니다.)
- 2.8. 재정지원 정책 (FAP): Corewell Health 의 재정지원 정책으로, 각 부속기관이 병원비를 결제하는 데 도움이 필요한 환자를 확인하고 재정지원을 제공하기 위해 수립했습니다.
- 2.9. 합리적인 노력: Corewell Health 에서 환자와 보증인이 재정지원 정책에 따라 재정지원을 받을 자격이 있는지 알아보기 위해 해야 하는 조치입니다. 환자와 보증인은 의료비를 받으려 ECA 에 참여하기 전에 국세청과 미국 재무부 규정에 부합해야 합니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.  
본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

### 3. 책임

환자책임잔액 및 징수정책은 관련 절차에서 설명한 바와 같이 적절하게 지정된 Corewell Health 담당자가 관리합니다.

### 4. 준수

Corewell Health 직원은 지위 고하를 막론하고 이러한 정책을 위반하면 잠재적 시정 조치 대상이 될 수 있습니다.

### 5. 정책

5.1. Corewell Health는 환자와 그 보증인, 그리고 허가받은 공인된 제삼자와 협력하여 환자책임잔액에 관한 타당한 해결방안을 적절히 알아보고 실행합니다. 환자책임잔액은 본 정책에 따라 해결되어야 합니다.

5.1.1. 사망 환자 - 애도의 시간 동안 유족에게 공감하고 유감을 표하는 것이 Corewell Health의 우선순위입니다. Corewell Health는 사망 환자와 그 보증인의 환자책임잔액 절차에서 서술하는 대로 사망한 환자의 책임잔액을 확인하고 처리합니다. 해당 절차에서 설명하는 바와 같이 Corewell Health는 공공 기록을 사용하여 사망일을 확인하고 재정지원 자격, Medicaid를 평가하며 사망자 재산에 대한 청구 신청을 평가할 수도 있습니다.

5.1.2. 파산 환자 - Corewell Health는 미국연방파산법을 준수합니다. 따라서 Corewell Health는 파산 환자의 환자책임잔액 절차에서 서술하는 대로 파산한 환자의 책임잔액을 확인하고 처리합니다. 파산 신고를 하면 모든 의료 서비스 날짜에 대한 징수 및 청구 작업은 파산 통지 시점에서 중지합니다. Corewell Health와 제삼의 업체는 파산 신청이 종료되거나 기각될 때까지 파산 절차를 모니터링 합니다.

5.1.3. 재정 지원이 필요한 환자 - Corewell Health는 FAP에 따라 환자책임잔액에 관해 환자가 이용할 수 있는 재정지원 옵션을 제공합니다. 해당 섹션에서는 Corewell Health가 FAP에 따라, 그리고 Corewell Health가 개인을 대상으로 ECA를 진행하기 전에 환자와 그 보증인이 재정지원을 받을 자격이 있는지 알아보기 위한 합리적인 노력을 하기 위해 다양한 상황에서 해야 할 조치를 명시합니다.

5.1.3.1. 환자와 그 보증인은 관련 절차에 나타난 대로 서면을 통해 FAP 통지를 받습니다. Corewell Health는 내부 징수 노력 기간 내내, 지원 신청 기간에 제삼자 징수 업체를 언급할 때, 계정에 관하여 재정지원 신청을 받습니다.

#### 5.1.3.1.1. 완전한 재정지원 신청서 제출

- 환자와 그 보증인이 신청 기간에 완전한 재정지원 신청서를 제출하면 Corewell Health는 다음을 수행합니다.
  - 모든 ECA 중단합니다.
  - 환자의 재정지원 적격 여부를 확인하고 환자와 그 보증인에게 적격성 결정(해당하여 환자가 지원 자격이 되는 경우)과 결정의 근거를 서면으로 통지합니다.
  - 환자가 재정지원을 받을 자격이 있다고 판단되는 경우, Corewell Health는 다음을 수행합니다.
    - 환자와 그 보증인에게 FAP에 따른 환자와 그 보증인의 금전적 책임을 나타내는 서면 통지를 전달합니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

- 초과 금액이 \$5 (또는 국세과보에 게시된 기타 금액)를 넘지 않는다면 FAP 에 따라 환자와 그 보증인이 지불한 의료비에서 개인이 책임져야 한다고 결정된 금액의 초과분을 환급합니다.
- 의료비를 받기 위해 환자와 그 보증인에 대해 취한 ECA 를 철회하기 위해 합리적으로 사용할 수 있는 모든 조치를 합니다.

#### 5.1.3.1.2. 불완전한 재정지원 신청서 제출.

- 환자와 그 보증인이 신청 기간에 불완전한 재정지원 신청서를 제출하면 Corewell Health 는 다음을 수행합니다.
  - 의료비를 받기 위한 모든 ECA 를 중단합니다.
  - 신청을 완료하기 위해 제출해야 하는 FAP 또는 재정지원 신청서에 따라 필요한 추가 정보와 문서를 설명하는 서면 통지를 환자와 그 보증인에게 제공하고, 서면에 적힌 정보와 문서는 서면 통지일에서 삼십 (30) 일 안에 제출해야 합니다. 그렇지 않으면 신청이 거부되며 징수 작업이 재개됩니다.
    - 이 통지에는 Corewell Health 의 연락처 정보가 포함됩니다.
  - 이후에 추가 정보와 문서를 받고 계정이 신청 기간 안에 들어가는 경우, 해당 계정을 재정지원 대상으로 다시 고려하며 관련 결정이 내려질 때까지 징수 활동을 지속합니다.

#### 5.1.3.1.3. 재정지원 신청서 제출 실패

- 신청 기간에 재정지원 신청서를 제출하지 않으면 Corewell Health 는 여기 설명한 대로 환자와 그 보증인에게 FAP 에 관하여 알린 후 ECA 를 시작하여 의료비를 받을 수 있습니다.

5.1.4. 비보험 환자를 위한 조정 - 본 정책과 반대되는 사항임에도 불구하고 연간 소득이 연방 빈곤 지침 (FPG) 250% 이하면서 FAP 에 충족되지 못하는 비보험 환자에게 제공하는 의료 서비스 경우, Corewell Health 는 해당 서비스에 관하여 모든 요금을 같거나 비슷한 서비스의 Medicare 비율 115%로 조정해야 합니다. 조정 요금을 지불하면 모든 서비스 비용을 결제한 것으로 간주합니다.

5.1.5. 결제 옵션 - Corewell Health는 환자와 그 보증인이 환자책임잔액 결제 옵션 절차 설명에 따라 잔금을 해결할 수 있도록 환자와 그 보증인이 이용할 수 있는 결제 옵션을 정하여 제공합니다. 현금, 수표, 우편환, 신용카드로 전액 지급합니다. 기타 결제 옵션에는 내부 및 외부 연장 결제 계획이 포함됩니다.

5.1.6. 징수 - 위의 5.1.3.~5.1.5 에 명시한 모든 옵션이 소진 후에도 미납된 환자책임잔액이 있으면 Corewell Health는 해결되지 않은 환자책임잔액을 환자책임잔액 청구 및 징수 절차에 따라 제삼자 징수업체에 의뢰할 수 있습니다. 제삼자 징수업체에 의뢰하기 전에 최소 120일 이내, 최소 네 (4) 건의 청구서를 환자와 그 보증인에게 발송해야 합니다.

5.1.6.1. Corewell Health는 제삼자 징수업체에 의뢰한 후 처음 삼십 (30) 일 안에 ECA를 진행하도록 승인하지 않습니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

5.1.6.2. Corewell Health가 FAP에 따라 환자의 자격을 판단하기 위한 합리적인 노력을 기울이지 않았다면 환자와 그 보증인 관련 ECA에 관여할 수 없습니다. 구체적으로 나타내자면, Corewell Health가 ECA를 진행하는 경우에는 한 번 이상의 ECA를 시작하기 전 최소 삼십(30)일 전에 다음과 같은 상황이 발생합니다.

- Corewell Health는 환자와 그 보증인에게 재정지원을 이용할 수 있는 적격한 개인임을 서면으로 알리고 의료비를 받기 위해 시작하려는 ECA Corewell Health (또는 Corewell Health의 제삼자 징수 업체)를 확인합니다.
- Corewell Health는 환자에게 FAP을 알리고 환자와 그 보증인이 신청 절차에서 어떻게 지원받을 수 있는지 알리기 위해 합리적인 노력을 기울입니다.

5.1.7. 서면 반송 - 서면 반송은 USPS 데이터베이스를 사용하여 처리하고 필요하면 수정합니다. 서비스나 이사로 인해 바뀐 주소를 제공하는 것은 보증인이 책임지게 됩니다. 계정에 유효한 주소가 없는 경우, Corewell Health는 합리적인 노력을 한 것으로 간주합니다.

## 6. 최종 권한

Corewell Health에서 환자가 FAP에 따라 지원을 받을 수 있는지 알아보기 위해서 합리적인 노력을 기울였으며, 따라서 환자와 그 보증인에 대하여 ECA를 진행할 수 있음을 결정하는 최종 권한은 선임 부사장, 수익 관리, 해당 지명자에게 있습니다.

## 7. 개정

Corewell Health는 사전 서면 통보 없이 언제든지 본 정책을 변경, 개정, 수정, 삭제할 권한이 있습니다.

## 8. 참조

[재정지원 자격 정책](#)

[사망 환자와 그 보증인의 환자책임잔액 절차](#)

[파산 환자의 환자책임잔액 절차](#)

[PFS - 환자책임잔액 결제 옵션 절차](#)

## 9. 정책 개발 및 승인

### 문서 소유자

Paula Cersosimo (Administrative Assistant)

### 기록인

Crystal Lang (Mgr, Patient Financial Services)

### 검토인

Amy Assenmacher (SVP, Finance Revenue Cycle), Courtney Guernsey (VP, Patient Financial Services), Matthew Cox (Chief Financial Officer), Sarah Clark (VP, Registration/Fin Counseling), Steffany Dunker (Managing Counsel)

### 승인자

Christina Freese Decker (President & CEO)

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

## 첨부파일 A

### 차별 금지 고지

모든 개인에게 양질의 의료 서비스를 제공하는 것이 Corewell Health 와 모든 부속기관의 방침입니다. 오직 환자의 의료적 필요와 시설에서 요구하는 의료 서비스 및 치료를 제공할 수 있는 역량과 능력을 토대로 등록 및 치료 결정이 이루어집니다. 민족, 피부색, 성별, 성, 인종, 출신 국가, 종교, 장애, 연령, HIV 상태, 제대군인 또는 군 복무 상태, 서비스의 결제 출처 또는 연방, 주, 지역 법에 따라 금지한 다른 근거를 가지고 등록 및 치료를 거부하지 않습니다. 환자는 자신의 성적 주체성에 부합하는 방식으로 치료받습니다. 국민건강보험 ("NHSC") 가 승인한 지역은 개인의 결제 능력 부족, 해당 서비스 결제가 Medicare, Medicaid, CHIP 에서 이루어지는지 여부, 개인의 인종, 피부색, 성별, 출신 국가, 장애, 종교, 장애, 연령, 성적 지향, 성 정체성에 따라 의료 서비스를 제공하는 데 차별하지 않는다는 것에 동의해야 합니다.

[환자의 권리와 책임](#) 정책에 대하여 자세한 정보를 볼 수 있습니다.

### Corewell Health:

- 다음과 같이 당사와 효과적인 의사소통을 위해 장애가 있는 사람들에게 무상 원조 및 서비스를 제공합니다.
  - 자격이 있는 수화 통역사
  - 다른 양식의 서면 정보(큰 글자 인쇄, 오디오, 접근가능한 전자식 양식, 기타 양식)
- 다음과 같이 영어가 모국어가 아닌 사람들에게 무료 언어서비스를 제공합니다:
  - 자격이 있는 통역사
  - 기타 언어로 된 서면 정보

이런 서비스가 필요하시면 Corewell Health 언어 센터에 연락하십시오. 616.267.9701 또는 1.844.359.1607 (TTY:711)

Corewell Health 가 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애, 성별로 해당 서비스를 제공하지 않거나 차별했다고 생각한다면 다음으로 불만 사항을 제출할 수 있습니다.

- Legacy Beaumont Health  
Patient Experience Department  
26901 Beaumont Blvd  
Southfield, MI 48033  
947-522-1472  
[Pfcc@beaumont.org](mailto:Pfcc@beaumont.org)
- Legacy Spectrum Health Lakeland 및 Legacy Spectrum Health West Michigan  
Director, Patient Experience  
100 Michigan St NE, MC 006  
Grand Rapids, MI 49503  
616-391-2624; toll free: 1-855-613-2262  
[patient.relations@spectrumhealth.org](mailto:patient.relations@spectrumhealth.org)

직접 또는 우편 또는 메일로 제출할 수 있습니다. 불만 사항 제출에 도움이 필요하시면, 환자 경험 담당자의 도움을 받을 수 있습니다.

귀하는 또한 시민권 불만 사항을 시민권 불만 사항 포털 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 에서 이용 가능),

메일 또는 전화로 사무실을 통해 전자식으로 미국 보건 및 인적 서비스부, 시민권 사무실에 제출할 수 있습니다.

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.

본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

볼만 사항 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 이용 가능합니다.

## 연락처

### Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**العربية (Arabic)**  
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-359-1607 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

### 中文 (Chinese): 國語/普通話 (Mandarin), 粵語 (Cantonese)

請注意：如果您講中文，您可以獲得免費的語言輔助服務。請撥打 1-844-359-1607 (TTY 手語翻譯：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 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### Ako govornite srpsko (Serbian, Croatian or Bosnian)

OBAVJEŠTENJE: Ako govornite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-844-359-1607 (TTY: 711). (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

### አማርኛ (Amharic)

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ 1-844-359-1607. (ሞስማት ለተሳናቸው: (TTY: 711)).

### नेपाली (Nepali)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-359-1607 (टिटिवाइ: (TTY: 711)).

### Thuɔŋjaŋ (Nilotic – Dinka)

PID KENE: Na ye jam në Thuɔŋjaŋ, ke kuony yenë kɔc waar thook atō kuka lëu yök abac ke cïn wënh cuatë piny. Yuɔpë 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### Kiswahili (Swahili)

KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1-844-359-1607 (TTY: 711).

**(Farsi)** فارسی  
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.844-359-1607 (TTY: 711). تماس بگیرید.

### Français (French)

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.  
본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement.  
Appelez le 1.844-359-1607 (TTY: 711).

### **မြန်မာ (Burmese)**

သတိပြုရန်- သင် မြန်မာစကားပြောဆိုပါက ဘာသာစကား အကူအညီဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-844-359-1607, (TTY: 711) ကို ခေါ်ဆိုပါ။

**(Dari)** فارسی دری  
توجه اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان برای شما در 1-844-359-1607 (TTY: 711).  
دسترس است. تماس ب

### **Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)**

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, gen èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### **Ikinyarwanda (Kinyarwanda)**

ICYITONDERWA: Niba uvuga ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha ku byerekeye ururimi, urazihabwa, ku buntu. Hamagara 1-844-359-1607 (ABAFITE UBUMUGA BW'AMATWI BIFASHISHA ICYUMA CYANDIKA -TTY: 711).

### **Soomaali (Somali)**

DIGTOONI: Haddii aad hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo bilaasha, ayaad heli kartaa. Wac 1.844-359-1607 (TTY: 711).

**(Sudanese)** اللهجة السودانية  
انتباه: إذا كنت تتحدث اللهجة السودانية، خدمات المساعدة بلغتك متاحة مجاناً. اتصل على الأرقام 1-844-359-1607 (رقم الصم والبكم: 711).

### **தமிழ் (Tamil)**

கவனம்: நீங்கள் தமிழ் பேசினால், உங்களுக்கு இலவசமான மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கின்றன. இந்த எண்ணை அழைக்கவும்: 1-844-359-1607 (TTY: 711).

### **ትግርኛ (Tigrinya)**

ትኹረት: ትግርኛ እንደሕገ ትዘረብ ከንካ፣ ናይ ቋንቋ ደገፍ ኣልግሎታት፣ ብናኣ ክቕርቡልካ እዮም። ደውል 1.844-359-1607 (TTY: 711)።

법인은 해당하는 경우 본 문서에 포함된 관련 문서들을 참조하게 됩니다.  
본 문서의 인쇄물은 기한이 지난 것일 수 있으며 관리되지 않는 문서로 간주합니다.