



FMGJMAVJX PBOTZUOYK  
16 Zwyg St,66 DXEX st  
Pawtucket, RI 02860

**Cómo contactarnos**

Visite el sitio web: <https://healthyrhode.ri.gov>

Para preguntas sobre seguros médicos asequibles o programas de servicios humanos, llame al Departamento de Servicios Humanos al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

**Estado de Rhode Island**

**RENOVACIÓN DE SERVICIOS Y BENEFICIOS A LARGO PLAZO DE MEDICAID**

**(Elegibilidad para el programa Katie Beckett, servicios de atención en el hogar y en la comunidad para personas mayores y adultos con discapacidades, centros de enfermería y PACE)**

**Revise la información que tenemos en su expediente**

Las siguientes personas serán renovadas automáticamente para Medicaid

Nombre del Programa	Nombre	Fecha de Renovación del Beneficio Actual
Medicaid	[REDACTED]	06/01/2023

**Cómo renovar la cobertura de seguro médico Medicaid**

Este formulario tiene la información sobre su hogar que utilizamos para determinar su elegibilidad. Por favor, revise el formulario completo para confirmar que la información está correcta.

- **Si no ha habido cambios, NO HAGA NADA:** Si toda la información en este formulario sigue estando correcta, su cobertura de seguro médico de Medicaid se renovará automáticamente por otro año. Le enviaremos otra carta antes de la fecha de renovación para avisarle que la cobertura de seguro médico de Medicaid continuará.
- **Si ha habido cambios, INFÓRMENOS:** Si necesita reportar cambios, por favor llene y envíenos este formulario. Revisaremos la información que nos dé y determinaremos si usted es elegible para renovar su cobertura de seguro médico de Medicaid. Le enviaremos otra carta para informarle nuestra decisión o decirle si necesitamos más información antes de la fecha de renovación.
- **Si debe proporcionarnos documentos adicionales** o reportó cambios, revisaremos la información que nos dé y decidiremos si usted es elegible para renovar su cobertura de seguro

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



médico de Medicaid. Le enviaremos otra carta para informarle nuestra decisión o decirle si necesitamos más información antes de la fecha de renovación.

### ¿Qué cambios debe reportar?

- **Ingresos económicos:** Necesitamos conocer cualquier cambio en los ingresos del beneficiario de LTSS, y cualquier dependiente o cónyuge que debamos tomar en cuenta para determinar el monto que se gastará en atención médica o cuidado mensualmente. Si la renovación es para un menor de edad elegible para Katie Beckett, solo necesitaremos saber los ingresos económicos del menor. No es requisito pagar una parte del cuidado.
- **Bienes:** Además, necesitamos saber si los bienes del beneficiario de LTSS aumentan, o si se ha vendido o transferido algún bien perteneciente exclusivamente al beneficiario o de manera mancomunada con el beneficiario.
- **Dirección y arreglo de cohabitación:** Infórmenos si el beneficiario de LTSS se ha mudado o cambiado de dirección; mudado a o de una residencia de vida asistida, hogar de cuidado u hogar grupal; o tiene otro arreglo de vida compartida.
- **Intención de dueño de casa de regresar a su domicilio principal (SOLO PARA RESIDENTES DE HOGARES DE CUIDADO):** Si es dueño de una vivienda que es su domicilio principal, asumimos que es su intención volver a vivir en esa casa cuando pueda. Por favor, actualice la sección 5 de abajo si la casa ha cambiado de dueño o si usted no tiene la intención de volver a vivir ahí.
- **Familia y situación doméstica:** Debemos saber si hay cambios en el hogar del beneficiario como, por ejemplo, si el cónyuge o un dependiente del beneficiario de LTSS fallecieron; si el beneficiario se divorció o volvió a casar; o si se mudó a o de, o vendió una casa NO tomada en cuenta entre los bienes. No es obligatorio proporcionar esta información si quiere renovar la elegibilidad de un menor para Katie Beckett.
- **Situación inmigratoria:** Debe informarnos si la situación inmigratoria de un beneficiario de LTSS no ciudadano o de su patrocinador ha cambiado desde la fecha de la solicitud inicial o fecha de la más reciente renovación.

### Cómo reportar cambios y renovar la cobertura de Medicaid

Hay varias maneras de reportar los cambios. Por favor, lea las siguientes instrucciones detenidamente.

- **Envío postal:** Si prefiere responder por correo postal, por favor escriba la información que ha cambiado en la columna de "Información Actualizada" de este aviso. SI NO HAY INFORMACIÓN PREIMPRESA Y USTED ENVIARÁ ESTE FORMULARIO, LLENE LOS ESPACIOS DE "INFORMACIÓN ACTUAL". No olvide firmar y fechar el formulario. Puede enviar el formulario a la dirección de correo postal que aparece en la parte superior de este aviso. Para menores elegibles para Katie Beckett, por favor envíe el formulario a DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **Entrega en oficina del DHS:** Si prefiere entregar el formulario en una oficina del DHS, por favor siga las instrucciones anteriores para envío postal. Puede averiguar las ubicaciones de nuestras oficinas visitando [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) o llamando al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **En línea:** Puede también hacer los cambios a través de su Cuenta de Usuario en <https://healthyrhode.ri.gov>.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

### **Vea su cuenta en línea**

La información sobre sus beneficios también está disponible iniciando sesión en su cuenta en <https://healthyrhode.ri.gov/>.

Puede acceder a su cuenta con el nombre de usuario [REDACTED]. Si olvidó su contraseña, la puede recuperar haciendo clic en "INICIAR SESIÓN" (LOG IN) y luego haciendo clic en "¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?" (Forgot Username/Password?) en <https://healthyrhode.ri.gov/>. A través de su cuenta podrá solicitar o renovar beneficios, y reportar cambios.

**For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>**

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

### Formulario de renovación de LTSS

**Instrucciones:** Por favor, lea detenidamente este formulario y actualice la información del beneficiario. Si está reportando cambios, asegúrese de enviarnos el formulario de renovación completo, incluyendo esta hoja.

Información de contacto del beneficiario

	Información actual	Información actualizada
Contacto principal y relación con el beneficiario	[REDACTED] Self	
Dirección de correo postal	[REDACTED] st, Pawtucket, RI 02860	
	Información actual	Información actualizada
Domicilio actual del beneficiario de LTSS.	[REDACTED] st, Pawtucket, RI 02860	
	Información actual	Información actualizada
Número de teléfono	[REDACTED]	
Correo electrónico		
Nombre del representante autorizado	Información actual	Información actualizada
	[REDACTED]	

**1. Ingresos:**

Desde que el beneficiario envió la solicitud por primera vez o la renovó por última vez, ¿hubo cambios en los ingresos? Necesitamos saber sobre cualquier cambio en los ingresos del beneficiario y los nombres e ingresos de cualquier cónyuge o dependiente que debemos considerar al momento de determinar la cantidad que deben pagar los beneficiarios adultos de LTSS en concepto de costo de cuidado.

Si las casillas está en blanco, proporcione la información requerida.

Si las casillas están preimpresas, tache la información incorrecta y escriba la información correcta en las filas vacías que están abajo. Agregue los nombres e ingresos de cualquier nuevo dependiente.

Envíe pruebas de los montos de ingresos nuevos o corregidos con este formulario.

**Nota: Para los niños elegibles para Katie Beckett incluya solo los ingresos del niño.**

Marque si NO HAY cambios en los ingresos que informar.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

Nombre	SSN (número de seguro social)	Fecha de nacimiento	Relación con el beneficiario de LTSS	Ingresos/tipo
[REDACTED]	XXX-XX-[REDACTED]	[REDACTED]	Self	\$ 1,389.40/ RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

**2. Recursos**

Desde que el beneficiario de LTSS envió la solicitud por primera vez o la renovó por última vez, ¿hubo cambios en los recursos que el beneficiario posee, incluido cualquier aumento o disminución? Si ha habido cambios en los bienes del beneficiario de LTSS (vendido o transferido bienes), por favor indique los cambios en la sección de "Información Actual". Si el formulario está preimpreso, tache la información incorrecta y escriba la información correcta actualizada en las casillas de la derecha.

**NOTA:** LOS RECURSOS INCLUYEN DINERO EN EFECTIVO, CUENTAS DE CHEQUES Y CAJAS DE AHORROS, CERTIFICADOS DE DEPÓSITO, ACCIONES, BONOS, CUENTAS ABL, FONDOS FIDUCIARIOS, TITULARIDAD DE UN NEGOCIO, ETC.

Marque si NO HAY cambios en los recursos que informar.

Nombre del propietario	Tipo(s) de recursos	Información actual	Información actualizada
	Vehículo(s)	-	
[REDACTED]	Cuentas de cheques/ cajas de ahorros	\$ 1,358.65	
	Acciones/bonos	-	
	Certificados de depósito	-	
	Cuentas del mercado monetario	-	
	Titularidad de un negocios	-	
	A anualidades	-	

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>  
 Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>  
 Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: XXXXXXXXXX

	IRA, 401K, 403B, cuentas Keogh	-	
	Cuentas o contratos de sepelio	-	
	Otros	-	

**2a. Fideicomisos**

Si el beneficiario de LTSS o alguien que actúa en nombre del beneficiario estableció o transfirió cualquier artículo de valor como una herencia, propiedad, indemnización de un seguro, distribución de la Cuenta de Jubilación Individual (IRA), contrato de sepelio, cartera de valores, fondo fiduciario, plan de anualidad, cuenta de corretaje, acuerdo de seguro o algo similar a un fideicomiso dentro de los últimos sesenta (60) meses, complete las siguientes casillas y envíe pruebas.

Marque si NO HAY actividades de fideicomisos que informar.

Describa el artículo	Fecha de la acción	Valor/monto del artículo que se agregó al fideicomiso

**3. Bienes inmuebles, incluido el hogar del beneficiario de LTSS**

¿Hubo algún cambio en la participación accionaria del beneficiario en un bien inmueble/propiedad (como una casa o un terreno) desde el momento de la solicitud inicial o última renovación? Complete los espacios vacíos o corrija cualquier información incorrecta en las casillas que están abajo y envíenos los documentos de cambios relativos a ventas, transferencias e ingresos.

NO HAY cambios en bienes inmuebles/propiedades que informar.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

Bienes inmuebles y otras propiedades		
1. Residencia principal	Información actual	Información actualizada
	-	
Cónyuges/dependientes que viven en la casa	Información actual	Información actualizada
	-	
Ingresos de propiedades: alquiler o arrendamiento	Información actual	Información actualizada
	-	
Fecha de venta/transerencia	Información actual	Información actualizada
	-	
2. Otra propiedad/residencia (domicilio)	Información actual	Información actualizada
	-	
Valor del patrimonio: valor sin gravámenes, deudas y préstamos	Información actual	Información actualizada
	-	
Ingresos de propiedades: alquiler o arrendamiento	Información actual	Información actualizada
	-	
Fecha de venta/transerencia	Información actual	Información actualizada
	-	

#### **4. Cobertura de seguro de salud**

Complete las casillas vacías o corrija la información preimpresa en ellas en la fila de abajo con información completa y actualizada sobre todas las formas de seguro de salud que le proporcionan cobertura al beneficiario. Incluya planes de salud de empleadores, jubilados y otros planes privados de salud; planes dentales, de visión y otros planes complementarios; y Medicare, Tricare y planes gubernamentales similares.

Por favor, envíenos copias de las caras y dorsos de todas las tarjetas de seguro médico nuevas y válidas de estos planes.

Marque si NO HAY cambios en la cobertura del seguro de salud que informar

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

Seguro de salud	Nombre del titular de la póliza	Número da póliza	Prima mensual
MEDICARE CLAIMS DEPT.	[REDACTED]	[REDACTED]	\$ 0.00

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



**Sección 5: SOLO PARA RESIDENTES DE CENTROS DE ENFERMERÍA**

**INTENCIÓN DE REGRESO A LA RESIDENCIA PRINCIPAL**

**Completar ÚNICAMENTE si reside actualmente en un centro de enfermería y es propietario de una casa.**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico por la presente que soy propietario del bien

(Nombre del solicitante/beneficiario)

inmueble ubicado en \_\_\_\_\_

(Nombre de la calle)

(Ciudad)

(Estado y código postal)

Además, certifico que este bien inmueble es mi residencia principal.

Soy propietario de los bienes inmuebles enumerados arriba: (Marque una opción)

Solo

Conjuntamente

Arrendatarios en común

Dominio vitalicio

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad informar al DHS (en el plazo de diez [10] días) de cualquier cambio en la titularidad de este inmueble. También acepto informar al DHS sobre cualquier cambio en mi intención de regresar a vivir en el inmueble enumerado anteriormente. Por lo tanto, estoy reportando los siguientes cambios (escriba los cambios abajo):

---

---

---

---

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



**ADVERTENCIA DE SANCIONES**

“Bajo pena de perjurio, juro que he analizado y leído este formulario de renovación, o que alguien lo ha hecho por y para mí y que, a mi leal saber y entender, los datos son verdaderos y están completos. Si estoy completando esta solicitud en representación de otra persona, juro que el solicitante analizó esta solicitud, o que alguien se la leyó, y que, a su leal saber y entender, los datos son verdaderos y están completos”.

Mi firma a continuación indica que he leído o me han leído el documento sobre derechos y responsabilidades que se encuentra adjunto a esta solicitud. Bajo pena de perjurio, doy fe de que todas mis respuestas en esta solicitud de renovación son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluida la información sobre ciudadanía y condición de inmigración y la identidad de los menores de edad que menciono en esta solicitud. Comprendo que estaré infringiendo la ley si la información que proporciono es intencionadamente errónea, y que podría ser castigado conforme a la ley federal, la ley estatal o ambas.

Firma del cliente o representante autorizado Fecha:		
Firma del cónyuge o padre Fecha:		
Firma del Custodio/Tutor/Apoderado Fecha:		
Número de teléfono	(   )	



**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR DATOS EN CUESTIONES RELATIVAS A LAS DECISIONES SOBRE ELEGIBILIDAD**

Podemos ofrecerle más ayuda si podemos trabajar con otras agencias y profesionales que lo conozcan a usted y a su familia. Al marcar el casillero "Acepto", nos autoriza a obtener, usar y compartir información confidencial sobre usted, procedente de diversas fuentes, incluido el Departamento de Trabajo y Capacitación de Rhode Island, el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island, la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island, el Departamento de Salud de Rhode Island, el Departamento de Correcciones de Rhode Island y Experian, en nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Administración del Seguro Social.

No le denegaremos ningún beneficio ni el acceso a programas para los cuales reúne los requisitos de elegibilidad basándonos en el hecho de que no nos ha autorizado a obtener, usar ni compartir su información confidencial. Sin embargo, sin su consentimiento, no podemos asistirlo para acceder a determinados programas y servicios de ayuda para los que puede ser elegible. Necesitamos su consentimiento para poder determinar si usted reúne los requisitos de elegibilidad.

Puede buscar y adquirir una cobertura de seguro de salud sin completar este consentimiento. Para ello, debe llamar al Centro de Contacto al 1-855-840-HSRI (4774). No obstante, si desea saber si reúne los requisitos para obtener ayuda financiera para adquirir una cobertura o para participar en Medicaid, deberá completar este consentimiento.

La divulgación y el uso de la información que usted autoriza al marcar el casillero "Acepto" se realizarán de conformidad con todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales pertinentes, las cuales protegen su privacidad. Estas incluyen, entre otras, las siguientes: La Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (ley Pública 104-191, conocida como HIPAA); la Ley de Confidencialidad de la Información y las Comunicaciones relativas a la Salud de Rhode Island (R.I.G.L. 5-37.3-1 y subsiguientes); las Leyes Generales de Rhode Island 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22 y 40-6-12, y todas las demás leyes y reglamentaciones vigentes. La información se compartirá por medio de transferencia de datos a través de computadora.

Al marcar el primer casillero que figura más abajo, autorizo a que se obtenga y use la información confidencial sobre mí para determinar si reúno los requisitos de elegibilidad inicial y continuación de la elegibilidad para inscribirme en una cobertura de seguro de salud financiada con fondos públicos o en cualquier otro programa financiado con fondos públicos y administrados a través de este sitio para planificar, proporcionar y coordinar beneficios y pagos.

- Otorgo mi consentimiento para que se compartan datos necesarios para tomar decisiones sobre elegibilidad.
- No otorgo* mi consentimiento y comprendo que mi elegibilidad para determinados programas y asistencia se verá afectada por esta decisión.

**For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>**  
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Usted tiene el DERECHO de que se le trate sin discriminación. De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que administran o participan en programas del USDA, discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género (incluyendo expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar o parental, creencias políticas o ingresos derivados de programas de beneficencia pública, o en represalia por actividades pasadas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el USDA (no todos los motivos de discriminación son pertinentes a todos los programas). Las fechas límite para presentar recursos legales o quejas varían según el programa e incidente. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación (por ej., braille, letra grande, cintas de audio o lenguaje de señas americano) para información de los programas, deben comunicarse con la agencia correspondiente o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (buzón de voz y teléfono de texto/TTY), o comunicarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, se puede proporcionar información de los programas en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una queja de discriminación de un programa, llene el Formulario de Queja de Discriminación de Programa del USDA (formulario AD-3027), disponible en línea en [https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) y en cualquier oficina del USDA, o envíe una carta al USDA proporcionando en la misma toda la información solicitada en el formulario. El formulario de queja se puede obtener también llamando al (866) 632-9992. Entregue el formulario debidamente llenado o la carta al USDA por (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que brinda igualdad de oportunidades.

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) y el Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, religión, creencias políticas, edad o género en la aceptación o provisión de servicios, empleo o trato, en sus actividades de educación y otras actividades de programas, en cumplimiento del título VI de la ley de derechos civiles de 1964 (sección 2000d y siguientes del título 42 del Código de los Estados Unidos), la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (sección 794 del título 29 del Código de los Estados Unidos), la ley de estadounidenses con discapacidades de 1990 (sección 12101 y siguientes del título 42 del Código de los Estados Unidos), el título IX de las enmiendas de educación de 1972 (sección 1681 y siguientes del título 20 del Código de los Estados Unidos), la ley de alimentos y nutrición de 2008 (anteriormente, ley de cupones para alimentos) y la ley sobre la discriminación por edad de 1975, y las regulaciones de implementación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (partes 80 y 84 del título 45 del Código Federal de Regulaciones), del Departamento de Educación de EE. UU. (partes 104 y 106 del título 34 del Código Federal de Regulaciones) y de los Servicios de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de EE. UU. (sección 272.6 del título 7 del Código Federal de Regulaciones). Conforme a otras disposiciones legales pertinentes, la EOHHS y el DHS tampoco discriminan por motivos de orientación sexual ni expresión o identidad de género. Para obtener más información sobre estas leyes antidiscriminación, regulaciones y procedimientos de queja para la resolución de quejas de discriminación, comuníquese con el DHS en 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Marque el 711 para usar el sistema de Rhode Island Relay o marque uno de estos números de llamada gratuita: 1-800-745-5555 (TTY) o 1-800-745-6575 (buzón de voz). El funcionario de relaciones con la comunidad es el coordinador de la implementación del título VI; el administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o su designado es el coordinador de la implementación de la sección 504 del título IX y ADA; el director del DHS o su designado tiene la responsabilidad general de velar por el cumplimiento de los derechos civiles en todos los programas de la agencia; el secretario de la EOHHS tiene la responsabilidad de atender los asuntos de discriminación relacionados con Medicaid; y cualquier queja de este tipo será remitida debidamente.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call . 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

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 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347(TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-697-4347 TTY 711

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nà kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

**Non-Discrimination Notice**

The Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) and the Department of Human Services (DHS) does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, political beliefs, age, religion or gender in acceptance for or provision of services, employment or treatment, in its education and other program activities. Under other provisions of applicable law, EOHHS/DHS does not discriminate on the basis of sexual orientation, gender identity or expression. For further information about these non-discrimination laws, regulations and complaint procedures for resolution of complaints of discrimination, contact DHS at 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, telephone number (401) 462-2971 (for deaf/hearing impaired 1-800-745-6575 voice; TTY 711).

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>

