



DBDFXNUNG BGPFBJNAD AEAGSYZKE  
49 Dtwo St  
Smithfield, RI 02828

**Как с нами связаться**

Интернет: <https://healthyrhode.ri.gov>

С вопросами о доступном медицинском страховании или социальных программах звоните в Департамент социальных служб (Department of Human Services, DHS) по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

**Штат Род-Айленд**

**ПРОДЛЕНИЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ УСЛУГ И ПОДДЕРЖКИ (LTSS) MEDICAID**

**(Дети по программе Katie Beckett, услуги на дому и по месту жительства для пожилых людей и взрослых с ограниченными возможностями, учреждения сестринского ухода, BHDDH и PACE)**

**Проверьте зарегистрированную информацию о вас**

Для перечисленных ниже лиц страхование Medicaid будет автоматически продлено

| Название программы | Имя и фамилия | Дата продления текущей льготы |
|--------------------|---------------|-------------------------------|
| Medicaid           | [REDACTED]    | 07/01/2023                    |

**Как продлевается мое медицинское страхование Medicaid?**

В этой форме содержится информация о вашем домохозяйстве, которая использовалась для определения вашего права на участие в программе. Проверьте всю форму и убедитесь, что приведенная информация по-прежнему верна.

- **Если никаких изменений не требуется, НИКАКИХ ДЕЙСТВИЙ НЕ ТРЕБУЕТСЯ:** Если вся информация в этой форме верна, ваше медицинское страхование Medicaid будет автоматически продлено еще на один год. До даты продления мы пришлем вам еще одно письмо с информацией о том, что ваше медицинское страхование Medicaid продолжает действовать.
- **Если необходимо внести изменения, СООБЩИТЕ О НИХ:** Если вам нужно сообщить об изменениях, заполните и отправьте эту форму для сообщения об изменениях. Мы рассмотрим предоставленную вами информацию и установим, имеете ли вы право на продление медицинского страхования Medicaid. До крайнего срока продления мы пришлем вам еще одно письмо, в котором сообщим о принятом решении или укажем, что нам требуется дополнительная информация.
- **Если вас попросили предоставить дополнительные документы** или вы сообщили об изменениях, мы рассмотрим предоставленную вами информацию и решим, имеете ли вы право на продление медицинского страхования Medicaid. До крайнего срока продления мы пришлем вам еще одно письмо, в котором сообщим о принятом решении или укажем, что нам требуется дополнительная информация.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



## О каких изменениях нужно сообщать?

- **Доход:** Нам необходимо знать обо всех изменениях дохода бенефициара LTSS, а также его супруга (супруги) или иждивенцев, которые учитываются при определении суммы, которая должна выплачиваться в счет стоимости обслуживания каждый месяц. Если продлевается страхование ребенка по программе Katie Beckett, нам необходимо знать только доход ребенка. Нет обязательного взноса на покрытие стоимости обслуживания.
- **Ресурсы:** Нам также необходимо знать обо всех случаях, когда ресурсы бенефициара LTSS увеличились и/или когда ресурсы, принадлежащие ему единолично или совместно, были проданы или переданы другому лицу.
- **Адрес и условия проживания:** Сообщите нам в случае, если бенефициар LTSS переехал или сменил адрес, поступил в центр сопровождаемого проживания, центр сестринского ухода, интернатную программу или покинул такое учреждение или если у него изменились условия совместного проживания.
- **Владелец жилья планирует вернуться в основное место жительства:** ТОЛЬКО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА. Если вы владеете жильем, которое является вашим основным местом жительства, мы предполагаем, что вы в будущем намерены вернуться и жить в этом жилье. Если у вас изменилось право собственности на это жилье или вы изменили намерение вернуться в него, укажите обновленные данные в разделе 5 ниже.
- **Семья и положение домохозяйства:** Нам необходимо знать обо всех случаях изменения состава домохозяйства бенефициара, например если супруг или иждивенец бенефициара LTSS умер, получил развод, вступил в брак или переехал в дом, выехал из дома или продал дом, который НЕ учитывается в составе ресурсов. Эти сведения не требуются для продления страхования ребенка по программе Katie Beckett.
- **Иммиграционный статус:** Вы обязаны сообщить нам об изменении иммиграционного статуса негражданина-бенефициара LTSS и/или спонсора после даты первоначального заявления или последнего продления.

## Как мне сообщить об изменениях и продлить страхование Medicaid?

Сообщить об изменениях можно несколькими способами. Внимательно прочитайте следующие инструкции.

- **По почте:** Если вы отправляете ответ по почте, впишите измененные сведения в столбце «Обновленная информация» настоящего уведомления. ЕСЛИ В ПОЛЯХ НЕТ НАПЕЧАТАННОГО ТЕКСТА И ВЫ ВОЗВРАЩАЕТЕ ЭТУ ФОРМУ, ЗАПОЛНИТЕ ПОЛЯ С НАДПИСЬЮ «ТЕКУЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ». Не забудьте поставить на форме подпись и дату. Форму можно отправить почтой по адресу, указанному в верхней части данного уведомления. Для продления страхования ребенка по программе Katie Beckett форму необходимо отправить по адресу: DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **Сдайте форму в офис DHS:** Если вы хотите сдать форму в офис DHS, следуйте инструкциям, приведенным выше для отправки по почте. Чтобы узнать адреса офисов, посетите сайт [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) или позвоните по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **Через Интернет:** Вы также можете открыть пункт «User Account» (Учетная запись пользователя) по адресу <https://healthyrhode.ri.gov> и внести необходимые изменения.

## Просмотр вашей учетной записи онлайн

Сведения о ваших льготах также отображаются в вашей учетной записи по адресу <https://healthyrhode.ri.gov/>.

Для доступа к своей учетной записи используйте имя пользователя [REDACTED]. Если вы забыли пароль, его можно восстановить. Для этого нажмите «Log In» (Вход) и затем нажмите «Forgot Username/Password?» (Забыли имя пользователя или пароль?) на странице <https://healthyrhode.ri.gov/>. В своей учетной записи вы можете подать заявление на получение и продление льгот, а также сообщать об изменениях.

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



**Форма продления LTSS**

**Инструкции:** Внимательно прочитайте данную форму и впишите измененные сведения о бенефициаре. Если вы сообщаете об изменении сведений, отправьте форму продления целиком, включая эту страницу.

Контактная информация бенефициара

|   | Текущая информация     | Обновленная информация |
|---|------------------------|------------------------|
| Основной контакт и степень родства с бенефициаром   | ██████████             |                        |
| Почтовый адрес                                      | ██████████<br>FL 34747 |                        |
|   | Текущая информация     | Обновленная информация |
| Адрес, по которому бенефициар LTSS проживает сейчас | ██████████<br>FL 34747 |                        |
|   | Текущая информация     | Обновленная информация |
| Номер телефона                                      | ██████████             |                        |
| Адрес электронной почты                             |                        |                        |
| Имя и фамилия уполномоченного представителя:        | Текущая информация     | Обновленная информация |
|   | ██████████             |                        |

**1. Доход**

Изменился ли доход бенефициара с момента подачи первичного заявления бенефициара или последнего продления? Нам необходимо знать обо всех изменениях дохода бенефициара. Нам также необходимо знать имена и доходы супруг(ов) и иждивенцев, которых необходимо учитывать при определении суммы, которую взрослые бенефициары LTSS должны вносить в счет покрытия стоимости обслуживания.

Если соответствующие поля пусты, впишите в них запрашиваемые сведения.

Если в полях напечатан текст, зачеркните неправильные сведения и впишите правильные сведения в пустых строках ниже. Для новых иждивенцев укажите имя, фамилию и доход.

Приложите к форме подтверждения для нового или исправленного дохода.

**Примечание. Для детей, имеющих право на участие в программе Katie Beckett, указывайте только доход ребенка.**

Поставьте отметку, если НЕТ изменений дохода



| Имя и фамилия | SSN               | Дата рождения | Степень родства с бенефициаром LTSS | Доход/тип                |
|---------------|-------------------|---------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ██████████    | XXX-XX-██████████ | ██████████    | Self                                | \$ 582.56/<br>Employment |
|               |                   |               |                                     |                          |
|               |                   |               |                                     |                          |
|               |                   |               |                                     |                          |

## 2. Ресурсы

Со времени, когда бенефициар LTSS подал первичное заявление или последний раз выполнил продление, были ли какие-либо изменения (включая увеличение и уменьшение) ресурсов, которыми владеет бенефициар? Если у бенефициара LTSS появились новые или изменились имеющиеся ресурсы (в результате продажи или передачи), укажите их ниже в разделе «Текущая информация». Если в форме напечатан текст, зачеркните неправильные сведения и впишите правильные обновленные сведения в поля справа.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** РЕСУРСЫ ВКЛЮЧАЮТ НАЛИЧНЫЕ СРЕДСТВА, СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ И ЧЕКОВЫЕ СЧЕТА, ДЕПОЗИТНЫЕ СЕРТИФИКАТЫ, АКЦИИ, ОБЛИГАЦИИ, СЧЕТА ABLE, ТРАСТОВЫЕ ФОНДЫ, ВЛАДЕНИЕ ПРЕДПРИЯТИЕМ И Т. Д.

Поставьте отметку, если НЕТ изменений ресурсов.

| Имя и фамилия владельца | Ресурсы                          | Текущая информация | Обновленная информация |
|-------------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------|
|                         | Транспортные средства            | -                  |                        |
|                         | Чековые/сберегательные счета     | -                  |                        |
|                         | Акции/облигации                  | -                  |                        |
|                         | Депозитные сертификаты           | -                  |                        |
|                         | Депозитные счета денежного рынка | -                  |                        |
|                         | Владение предприятием            | -                  |                        |
|                         | Аннуитеты                        | -                  |                        |
|                         | Счета IRA, 401K, 403B, Keoga     | -                  |                        |
|                         | Договоры или счета на погребение | -                  |                        |
|                         | Другое                           | -                  |                        |
|                         |                                  |                    |                        |

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



**2а. Траксты**

Если бенефициар LTSS или лицо, действующее от имени бенефициара, получил/заключил или передал какую-либо ценность, такую как наследство, недвижимость, страховое возмещение, выплату на индивидуальный пенсионный счет (IRA), договор на погребение, портфель акций, трастовый фонд, аннуитетный план, брокерский счет, страховое возмещение или подобное в траст в течение последних шестидесяти (60) месяцев, заполните поля ниже и отправьте документальное подтверждение.

Поставьте отметку, если НЕТ действий с трастом.

| Опишите элемент | Дата действия | Стоимость/сумма элемента, переданного в доверительное управление |
|-----------------|---------------|--|
|                 |               |  |
|                 |               |  |

**3. Недвижимость, в том числе жилье бенефициара LTSS**

Произошли ли какие-либо изменения в доле бенефициара в праве собственности на недвижимость/имущество (на дом, земельный участок и т. п.) с момента подачи первичного заявления или последнего продления? Заполните пустые поля или исправьте неправильные данные в полях ниже и отправьте нам документальные подтверждения об изменениях, связанных с продажей, передачей прав и доходом.

НЕТ изменений владения недвижимостью/имуществом, о которых нужно сообщить

| Недвижимость и иное имущество      |                    |                        |
|------------------------------------|--------------------|------------------------|
| 1. Основное место жительства       | Текущая информация | Обновленная информация |
|                                    | -                  |                        |
| Супруги/иждивенцы проживают в доме | Текущая информация | Обновленная информация |
|                                    | -                  |                        |
| Доход от недвижимости — аренда     | Текущая информация | Обновленная информация |
|                                    | -                  |                        |
| Дата продажи/передачи прав         | Текущая информация | Обновленная информация |
|                                    | -                  |                        |



|   |                    |                        |
|---|--------------------|------------------------|
| 2. Другая недвижимость/место жительства (адрес)           | Текущая информация | Обновленная информация |
|   | -                  |                        |
| Стоимость капитала — за вычетом залогов, долгов, кредитов | Текущая информация | Обновленная информация |
|   | -                  |                        |
| Доход от недвижимости — аренда                            | Текущая информация | Обновленная информация |
|   | -                  |                        |
| Дата продажи/передачи прав                                | Текущая информация | Обновленная информация |
|   | -                  |                        |

#### 4. Медицинское страхование

Укажите полную и актуальную информацию обо всех формах медицинского страхования, которые предоставляют страховое покрытие бенефициару, заполнив пустые поля или исправив напечатанный текст в полях в строке ниже. Включите сюда планы медицинского страхования работодателя, пенсионные и другие частные планы, стоматологические, офтальмологические и другие дополнительные планы, а также Medicare, Tricare и аналогичные государственные планы.

Приложите копии лицевой и оборотной сторон всех новых и обновленных карт участника для этих планов.

Поставьте отметку, если НЕТ изменений в медицинском страховании

| Медицинское страхование | Имя и фамилия держателя полиса | Номер полиса | Ежемесячный взнос |
|-------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------|
|                         |                                |              |                   |
|                         |                                |              |                   |
|                         |                                |              |                   |

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>



**Раздел 5. ТОЛЬКО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРОВ СЕСТРИНСКОГО УХОДА,  
ПЛАНИРУЮЩИХ ВЕРНУТЬСЯ В ОСНОВНОЕ МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА**

**Заполняйте этот раздел, ТОЛЬКО если вы в настоящее время находитесь в центре сестринского ухода и владеете жильем.**

Я, \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что являюсь владельцем недвижимости, расположенной  
(Имя и фамилия заявителя/бенефициара)

по адресу \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Улица и номер дома) (Город) (Штат и почтовый индекс)

Я также подтверждаю, что данная недвижимость является моим основным местом жительства;

Я владею вышеуказанной недвижимостью: (Отметьте один вариант)

- Solely                       Jointly
- Tenants in common       Life Estate

Я понимаю и соглашаюсь, что я обязан(а) информировать DHS (в течение десяти (10) дней) о любых изменениях моего права собственности на эту недвижимость. Я также соглашаюсь информировать DHS о любых изменениях в моем намерении вернуться жить в вышеуказанную недвижимость и поэтому сообщаю о следующих изменениях: (впишите ниже изменения)

---

---

---

---



| ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ  |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p>«Под страхом наказания за лжесвидетельство я клянусь, что данная форма продления проверена мной или зачитана мне и что указанные в ней сведения являются, в меру моих знаний, правдивыми и полными. Если я подаю заявление от имени другого лица, я клянусь, что это заявление было проверено заявителем или зачитано заявителю и что указанные в нем сведения являются, в меру знаний заявителя, правдивыми и полными».</p> |  |  |  |
| Подпись клиента или уполномоченного представителя<br>Дата:  |  |  |  |
| Подпись супруга/супруги или родителя<br>Дата:   |  |  |  |
| Подпись опекуна, попечителя или лица, действующего по доверенности<br>Дата:   |  |  | Подпись свидетеля от Департамента<br>Дата: |
| Номер телефона  |  |  | (    )                                     |

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>





**ВАШЕ СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ О ПРАВЕ УЧАСТИЯ**

Наша помощь вам будет эффективнее, если мы сможем взаимодействовать с другими агентствами и специалистами, которые знают вас и вашу семью. Устанавливая флажок «I Agree» (Я соглашаюсь), вы даете нам разрешение на получение, использование и передачу конфиденциальной информации о вас из различных источников, включая Департамент труда и обучения штата Род-Айленд (R.I. Department of Labor and Training), Департамент социальных служб штата Род-Айленд, Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб штата Род-Айленд (R.I. Executive Office of Health and Human Services), Департамент здравоохранения штата Род-Айленд (R.I. Department of Health), Департамент исправительных учреждений и Experian от имени Центров услуг Medicaid и Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) и Администрацию социального обеспечения (Social Security Administration).

Мы не отклоняем заявление на льготы или на участие в программах, на которые вы имеете право, только потому, что вы не дали нам разрешения на получение, использование и распространение конфиденциальной информации. Однако без вашего согласия мы не можем помочь вам получить доступ к определенным программам и поддержке, на которые вы можете иметь право. Для определения вашего права на участие требуется ваше согласие.

Вы можете начать выбор и приобретение медицинской страховки, не заполняя эту форму согласия, позвонив в наш контактный центр по телефону 1-855-840-HSRI (4774), но если вы хотите знать, имеете ли вы право на финансовую помощь для покупки страховки и имеете ли вы право на страхование Medicaid, вы должны заполнить эту форму согласия.

Все действия по передаче и использованию информации, которые вы разрешили, установив флажок «I Agree» (Я соглашаюсь), выполняются в соответствии со всеми применимыми федеральными и штатными законами и нормами по защите конфиденциальности информации, включая, в частности, следующие: Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act) от 1996 года (Публичный закон 104-191, известный как HIPAA); Закон штата Род-Айленд о конфиденциальности медицинских сообщений и информации (R.I.G.L. 5-37.3-1 и сл.); R.I.G.L. 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, 40-6-12 и все другие применимые законы и нормы. Информация передается путем компьютерной передачи данных.

Ставя отметку в первом поле ниже, я разрешаю получать и использовать конфиденциальную информацию обо мне для определения моего права на участие в государственном медицинском страховании или других государственных программах, предлагаемых на этом сайте, которые включают планирование, предоставление и координацию льгот и выплат.

- Я даю свое согласие на передачу данных для принятия решения о праве на участие.
- Я *не* даю своего согласия и понимаю, что это решение повлияет на мое право на участие в определенных программах и поддержке



Вы имеете ПРАВО на обращение без дискриминации. В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и положениями и политиками в сфере гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA), Министерству сельского хозяйства США, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или осуществляющим их, запрещено допускать дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, религии, пола, гендерной идентичности (включая гендерное самовыражение), сексуальной ориентации, нетрудоспособности, возраста, семейного положения, семейного/родительского статуса, дохода, полученного от программы государственной помощи, политических убеждений или репрессий или ответных действий за предшествующую деятельность в области гражданских прав, в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой USDA (не все основания применимы ко всем программам). Средства правовой защиты и сроки подачи жалоб различаются в зависимости от программы или инцидента.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), следует связаться с ответственным агентством или центром TARGET USDA по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и ТТУ) или связаться с USDA через Федеральную релейную службу (USDA) по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена на других языках (кроме английского). Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните форму «USDA Program Discrimination Complaint Form» (Жалоба на дискриминацию в рамках программы USDA) (AD-3027), которую можно найти по адресу <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> и в любом офисе USDA, или напишите письмо на имя USDA и укажите в письме всю информацию, запрошенную в форме. Чтобы заказать копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA: (1) почтой по адресу: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) по факсу: (202) 690-7442; или (3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Министерство сельского хозяйства США (USDA) является поставщиком, работодателем и кредитором, поддерживающим равные возможности.

В соответствии с разделом VI Закона о гражданских правах от 1964 года (42 USC 2000d и сл.), разделом 504 Закона о реабилитации от 1973 года с поправками (29 USC 794), Законом об американцах с ограниченными возможностями от 1990 года (42 USC 12101 и сл.) и разделом IX Поправок об образовании от 1972 года (20 USC 1681 и сл.), Закона о продовольствии и питании от 2008 года (ранее назывался «Закон о продовольственных талонах»), Закона о дискриминации по возрасту от 1975 года, правилами о внедрении Министерства здравоохранения и социальных служб США (45 CFR, части 80 и 84), а также правилами реализации Министерства образования США (34 CFR, части 104 и 106), а также Министерства сельского хозяйства, продовольствия и питания США (7 CFR 272.6); Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) и Департамент социальных служб (Department of Human Services, DHS) не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, религии, политических убеждений, возраста или гендера при принятии или предоставлении услуг, трудоустройства или лечения в рамках своего информационных и других программных мероприятий. В соответствии с другими положениями действующего законодательства EOHHS и DHS не допускают дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения. Для получения дополнительной информации об этих законах о недопущении дискриминации, нормах и процедурах рассмотрения жалоб на дискриминацию обращайтесь в DHS по адресу: 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, телефон (401) 462-2971. Чтобы сделать звонок с помощью Rhode Island Relay, наберите номер 7-1-1 или позвоните по одному из следующих бесплатных номеров: ТТУ: 1-800-745-5555, голосовая связь: 1-800-745-6575. Сотрудник по связям с общественностью является координатором реализации Раздела VI, администратором Управления реабилитационных услуг (Office of Rehabilitation Services, ORS), или назначенный им сотрудник является координатором реализации Раздела IX, Раздела 504 и ADA. Директор DHS или назначенный им сотрудник несет общую ответственность за соблюдение гражданских прав во всех программах агентства. Секретарь EOHHS отвечает за надлежащее рассмотрение проблем дискриминации, связанных с Medicaid, и всех подобных жалоб.

Подробную информацию см. на сайте <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: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ 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)

ໂປດຄຳບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ. ໃດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 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 nià kɛ dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b̄éin m̄ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

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

### Уведомление о недопущении дискриминации

Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб (EONHS) и Департамент социальных служб (DHS) не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, политических убеждений, возраста, религии или гендера при принятии или предоставлении услуг, трудоустройства или лечения в рамках своих информационных и других программных мероприятий. В соответствии с другими положениями действующего законодательства EONHS и DHS не допускают дискриминации по признаку сексуальной ориентации, гендерной идентичности или самовыражения. Для получения дополнительной информации об этих законах о недопущении дискриминации, нормах и процедурах рассмотрения жалоб на дискриминацию обращайтесь в DHS по адресу: 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, телефон (401) 462-2971 (для глухих и лиц с нарушением слуха 1-800-745-6575 (голосовая); TTY 711).

Подробную информацию см. на сайте <https://healthyrhode.ri.gov>

