



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

**Como Entrar Em Contacto Connosco**  
Vá online : <https://healthyrhode.ri.gov>

Para perguntas sobre cobertura de saúde acessível ou programas de serviços humanos, ligue para o Departamento de Serviços Humanos através do número 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

## Estado de Rhode Island

### SERVIÇO DE LONGO PRAZO DO MEDICAID E RENOVAÇÃO DE APOIOS

**(Elegibilidade Katie Beckett, Serviços Domiciliares e Comunitários para Idosos e Adultos com Deficiências, Instalações de Enfermagem e PACE)**

**Reveja a informação que temos em arquivo para si**

As pessoas mencionadas abaixo serão automaticamente renovadas para o Medicaid

Nome do Programa	Nome	Data que o benefício atual será renovado
Medicaid	FMGJMAVJX PBOTZUOYK	06/01/2023

#### Como a minha cobertura de saúde Medicaid será renovada?

Este formulário contém as informações sobre a sua família que usamos para decidir a sua elegibilidade. Reveja o formulário todo para garantir que as informações ainda estão corretas.

- **Se não houverem alterações, NÃO FAÇA NADA:** Se todas as informações neste formulário ainda estiverem corretas, a sua cobertura de saúde Medicaid será renovada automaticamente por mais um ano. Antes da data de renovação, enviaremos outra carta informando que a sua cobertura de saúde Medicaid continua.
- **Se houverem alterações, NOTIFIQUE-AS:** Se estiver notificando alterações, preencha e devolva este formulário para nos notificar as alterações. Analisaremos as informações que nos fornecer e decidiremos se é elegível para renovar a sua cobertura de saúde Medicaid. Antes da data de renovação, enviaremos outra carta informando o que decidimos ou se precisamos de mais informações.
- **Se lhe foi solicitado fornecer documentos adicionais** ou notificou-nos de alterações, analisaremos as informações que nos fornecer e decidiremos se é elegível para renovar a sua

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



cobertura de saúde do Medicaid. Antes da data de renovação, enviaremos outra carta informando o que decidimos ou se precisamos de mais informações.

### Que alterações tenho que notificar?

- **Vencimento/salário:** Precisamos saber sobre quaisquer alterações no vencimento/salário do beneficiário do LTSS e de qualquer cônjuge ou dependentes que são considerados na determinação do valor que deve ser pago para o custo dos cuidados a cada mês. Se esta renovação for para uma criança elegível para Katie Beckett, só precisamos saber o vencimento da criança. Não há contribuição obrigatória para o custo dos cuidados.
- **Recursos:** Também precisamos saber se os recursos do beneficiário do LTSS aumentaram e/ou se algum recurso que o beneficiário possui individualmente ou em conjunto foi vendido ou transferido para outra pessoa.
- **Morada e disposição de alojamento:** Informe-nos se o beneficiário do LTSS mudou de residência ou mudou de morada, entrou ou saiu de uma residência de vida assistida, asilo ou casa de grupo, ou está num novo sistema de residência compartilhada nova ou diferente.
- **Intenção do proprietário da casa de voltar à residência principal: SOMENTE PARA RESIDENTES DE INSTALAÇÕES DE ENFERMAGEM:** se possui uma casa que é sua residência principal, assumimos que pretende voltar a morar neste imóvel num momento apropriado no futuro, se houverem alterações à sua propriedade ou intenção de voltar a esta residência, atualize a seção 5 abaixo.
- **Circunstâncias familiares e domésticas:** precisamos saber se houveram alterações na família do beneficiário, como por exemplo, se o cônjuge ou dependente de um beneficiário do LTSS faleceu, se divorciou, se casou com outra pessoa ou se mudou para, de, ou vendeu uma casa que NÃO é contada como recurso. Esta informação não é necessária para a renovação de uma criança elegível para Katie Beckett.
- **Status de imigração:** Você deve de nos informar se o status de imigração de um beneficiário do LTSS não cidadão e/ou de um patrocinador mudou desde a data da solicitação inicial ou da última renovação.

### Como posso declarar as minhas alterações e renovar minha cobertura Medicaid?

Existem várias maneiras de declarar alterações. Por favor, leia atentamente as seguintes instruções.

- **Correio:** Se optar por responder por correio, escreva as informações que foram alteradas na coluna “Informações atualizadas” deste aviso. SE NENHUMA INFORMAÇÃO ESTIVER PRÉ-IMPRESSA E ESTIVER A DEVOLVER ESTE FORMULÁRIO, PREENCHA AS CAIXAS COM “INFORMAÇÕES ATUALIZADAS”. Certifique-se de assinar e datar o formulário. O formulário pode ser enviado para o endereço no topo deste aviso. As crianças elegíveis para Katie Beckett devem enviar o formulário para DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **Entrega num escritório do DHS:** Se optar por entregar o formulário num escritório do DHS, siga as instruções assinaladas acima para a opção de correio. Para localizações de escritórios, visite [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) ou ligue para 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

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 conta: 501001105

- **Online:** Você também pode aceder à sua conta de usuário em <https://healthyrhode.ri.gov> e fazer as alterações.

### **Veja A Sua Conta Online**

As suas informações de benefícios também estão disponíveis ao aceder à sua conta em <https://healthyrhode.ri.gov/>.

Pode aceder à sua conta utilizando o nome de utilizador **MPires6**. Se não se lembra da sua senha, pode recuperá-la ao clicar em LOG IN e em Esqueceu o nome de utilizador/senha? em <https://healthyrhode.ri.gov/>. Através da sua conta, pode solicitar renovar os seus benefícios e relatar alterações.

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

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

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



## Formulário de Renovação LTSS

**Instruções:** Por favor, leia atentamente este formulário e escreva as informações alteradas sobre o beneficiário. Se estiver a declarar alterações, certifique-se de devolver todo o formulário de renovação, incluindo esta página.

Informações de Conctato do Beneficiário

	Informação atual	Informação atualizada
Contacto Principal e Relação com o Beneficiário	FMGJMAVJX PBOTZUOYK Self	
Endereço de correspondência	16 Zwyg St,66 DXEX st, Pawtucket, RI 02860	
	Informação atual	Informação atualizada
Endereço onde o Beneficiário LTSS vive atualmente	16 Zwyg St,66 DXEX st, Pawtucket, RI 02860	
	Informação atual	Informação atualizada
Número de telefone	134-912-4002	
Correio eletrónico		
Nome do Representante Autorizado	Informação atual	Informação atualizada
	HFDEMJKM HIYEAGBEQ UXMJHMFJB	

**1. Rendimento:**

Desde que o beneficiário submeteu inicialmente ou foi renovado pela última vez, houve alguma alteração no rendimento?

Precisamos saber sobre quaisquer mudanças de rendimento do beneficiário e os nomes e rendimento de qualquer cônjuge/dependentes, que devemos considerar ao determinar a quantia que os beneficiários de LTSS adultos devem pagar o custo dos cuidados.

Se as caixas estiverem em branco, forneça as informações solicitadas.

Se as caixas forem pré-impressas, risque as informações erradas e forneça as informações corretas nas linhas vazias, abaixo. Acrescente os nomes e rendimentos de quaisquer novos dependentes.

Com este formulário, envie comprovativos de novos ou montantes corrigidos do rendimento.

**Nota: Para crianças elegíveis para a cláusula Katie Beckett, por favor, inclua apenas o rendimento da criança.**

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

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

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



Assinale se Não há alterações a relatar no rendimento

Nome	Número de Segurança Social	Data de Nascimento	Relação com o Beneficiário LTSS	Rendimento / Tipo
FMGJMAVJX PBOTZUOYK	XXX-XX-5572	01/17/1947	Self	\$ 1,389.40/ RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

## 2. Recursos

Desde que o beneficiário LTSS submeteu inicialmente ou foi renovado pela última vez, houve alguma mudança nos recursos que o beneficiário possui, incluindo quaisquer aumentos ou reduções? Se o beneficiário do LTSS tiver recursos novos ou alterados (vendidos ou transferidos), declare abaixo em “informações atuais”. Se o formulário foi pré-impresso, risque as informações erradas e forneça as informações atualizadas corretamente nas caixas à direita.

**NOTA:** OS RECURSOS INCLUEM DINHEIRO EM MÃO, POUPANÇAS E VERIFICAÇÃO DE CONTAS, CERTIFICADOS DE DEPÓSITO, BOLSA, OBRIGAÇÕES, CONTAS APLICÁVEIS, FUNDOS DE CONFIANÇA, PROPRIEDADE DE UMA EMPRESA, ETC.

Assinale se Não há alterações a relatar nos recursos.

Nome do Proprietário	Tipo(s) de Recurso(s)	Informações atuais	Informação atualizada
	Veículo(s)	-	
FMGJMAVJX PBOTZUOYK	Contas correntes/Poupanças	\$ 1,358.65	
	Bolsa/títulos	-	
	Certificados de Depósito	-	
	Contas de Mercado Monetário	-	
	Proprietário de uma empresa	-	
	Anuidades	-	

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

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

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



	<b>IRA, 401K, 403B, Contas Keogh</b>	-	
	Contratos ou contas de funeral	-	
	Outro	-	

**2a. Fundos**

Se o beneficiário LTSS ou alguém a agir em nome do beneficiário estabelecido tiver transferido qualquer item de valor como uma herança, propriedade, liquidação de seguro, distribuição de IRA, contrato de funeral, carteira de ações, fundo fiduciário, plano de anuidade, conta na corretora, liquidação de seguro, ou algo semelhante a uma relação de confiança nos últimos 60 (sessenta) meses, preencha as caixas abaixo e envie os comprovativos.

Assinale se Não há alterações a relatar nas atividades de fundos.

<b>Descreva o item</b>	<b>Data da Ação</b>	<b>Valor/Montante do item colocado no Fundo</b>

**3. Imóveis, incluindo a casa do Beneficiário LTSS**

Houve alguma alteração na participação do beneficiário em imóveis/propriedades (como uma casa ou terreno) desde o momento da aplicação inicial ou da última renovação? Preencha os espaços em branco ou corrija quaisquer informações erradas nas caixas abaixo e envie-nos a documentação das alterações relacionadas com vendas, transferências e rendimentos/receitas.

NENHUMA alteração de imóvel/propriedade a reportar.

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

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

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



Imóveis e outras Propriedades		
1. Residência Principal	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Cônjuges/Dependentes a vivem em casa	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Renda da Propriedade - aluguer ou arrendamento	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Venda/Data de Transferência	Informação atual	Informação atualizada
	-	
2. Outra Propriedade/Residência (morada)	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Valor Patrimonial - Vale menos que qualquer ónus, dívidas, empréstimos	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Renda da Propriedade - aluguer ou arrendamento	Informação atual	Informação atualizada
	-	
Venda/Data de Transferência	Informação atual	Información actualizada
	-	

#### **4. Cobertura de Seguro de Saúde**

Forneça informações completas e atualizadas sobre todas as formas de seguro de saúde que forneçam cobertura ao beneficiário, preenchendo os espaços em branco ou corrigindo as informações pré-impressas em caixas vazias na linha abaixo.

Inclua o empregador, aposentado, e outros planos de saúde privados; planos dentários, visão e outros planos complementares; e Medicare, Tricare e planos governamentais semelhantes.

Envie cópias da frente e do verso de todos os cartões de seguro de saúde novos e atualizados para estes planos.

Assinale se Não há alterações a relatar na cobertura do seguro de saúde.

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

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

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



Seguro de Saúde	Nome do titular da Apólice	Número da Apólice	Prémio Mensal
MEDICARE CLAIMS DEPT.	FMGJMAVJX PBOTZUOYK	4H29 A87 QE24	\$ 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>



**Seção 5: APENAS PARA RESIDENTES DE INSTALAÇÕES DE ENFERMAGEM**

**INTENÇÃO DE VOLTAR À RESIDÊNCIA PRINCIPAL**

**Complete APENAS se atualmente reside numa instalação de enfermagem e possui uma casa.**

Eu, \_\_\_\_\_, certifico que possuo o imóvel localizado  
(Nome do Requerente/Beneficiário)

em \_\_\_\_\_  
(Endereço) (Cidade) (Estado e Código Postal)

Mais, certifico que este imóvel é a minha residência principal;

Eu possuo os imóveis enumerados acima: (Por favor, assinale um)

Sozinho  Conjuntamente

Inquilinos em comum  Herança

Eu entendo e concordo que é minha responsabilidade informar o DHS (dentro de dez (10) dias) de qualquer mudança na minha propriedade deste imóvel. Também concordo em informar o DHS sobre qualquer mudança na minha intenção de voltar a morar no imóvel mencionado acima. Desta forma, estou a declarar as seguintes alterações: (escreva abaixo para indicar as alterações )

---

---

---

---

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

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

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



AVISO DE PENALIDADE	
<p>“Sob pena de perjúrio, juro que este formulário de renovação foi examinado ou lido por mim e, pelo que sei, os factos são verdadeiros e completos. Se estiver a solicitar em nome de outra pessoa, eu juro que esta inscrição foi examinada ou lida para o candidato e, no melhor do seu conhecimento, os factos são verdadeiros e completos.”</p> <p>A minha assinatura abaixo indica que li ou leram-me os Direitos e Responsabilidades anexados a este formulário.</p> <p>Sob pena de perjúrio, atesto que todas as minhas respostas neste requerimento estão corretas e completas de acordo com o meu conhecimento, incluindo informações sobre cidadania e estatuto de imigração e a identidade das crianças menores mencionadas nesta aplicação.</p> <p>Eu entendo que estou a infringir a lei se propositadamente fornecer informações erradas e posso ser punido por lei federal, lei estatal ou ambas.</p>	
Assinatura do Cliente ou Representante Autorizado Data:	
Assinatura do Cônjuge ou Progenitor Data:	
Assinatura do Tutor/Conservador/Detentor de Procuração Data:	
Número de Telefone:	Assinatura do Departamento de Testemunho Data:
	( )

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



## O SEU CONSENTIMENTO PARA PARTILHAR DADOS PARA DECISÕES DE ELEGIBILIDADE

Podemos ajudá-lo melhor se pudermos trabalhar com outras agências e profissionais que o conhecem e à sua família.

Ao assinalar a caixa "Concordo", está a dar permissão para obter, usar e partilhar informações confidenciais sobre si, de várias fontes, incluindo o Departamento de Trabalho e Formação de R.I., Departamento de Serviços Humanos, o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos de R.I. e a Experian em nome dos Centros Medicaid e Serviços Medicare (CMS) e da Administração da Segurança Social.

Não nos recusaremos a quaisquer benefícios ou acesso a quaisquer programas para os quais esteja qualificado, simplesmente porque não nos dá permissão para obter, usar e partilhar informações confidenciais.

No entanto, sem o seu consentimento, não podemos ajudá-lo a aceder a determinados programas e suportes para os quais poderá ser elegível. O seu consentimento é necessário para determinar a sua elegibilidade.

Poderá fazer compras e adquirir cobertura de seguro de saúde sem concluir este consentimento entretanto em contacto com o nosso Centro de Contacto, através do número 1-855-840-HSRI (4774), mas se gostaria de saber se é elegível para qualquer ajuda financeira para a compra de cobertura, se é elegível para o Medicaid, será necessário concluir este consentimento.

Toda a partilha de informações e uso que autorizar, marcando a caixa "Concordo", será feita em conformidade com todas as leis e regulamentos federais e estaduais relevantes que protegem a sua privacidade, incluindo, entre outros: A Lei de Portabilidade e Contabilidade de Seguro de Saúde de 1996 (Pub. L. 104-191 conhecida como HIPAA); A Confidencialidade das Comunicações e Informação dos Cuidados de Saúde de R.I. (R.I.G.L. 5-37.3-1 e **subsequente.**); as Leis Gerais de Rhode Island (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 e todas as outras leis e regulamentos aplicáveis. As informações serão compartilhadas pela transferência de dados de computador.

Ao assinalar a primeira caixa abaixo, eu concordo com a obtenção e uso de informações confidenciais sobre mim para determinar a minha elegibilidade para inscrição em planos de saúde ou outros programas públicos financiados por meio desta página, planejar, fornecer e coordenar benefícios e pagamentos.

- Eu dou o meu consentimento para partilhar dados para decisões de elegibilidade
- Eu não dou o meu consentimento e entendo que a minha elegibilidade para determinados programas e apoios será afetada por esta decisão.

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

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

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



Você tem o DIREITO de tratamento não discriminatório. De acordo com a lei Federal de direitos civis e com os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América (USDA), o USDA, as suas Agências, escritórios e funcionários, e instituições que participam ou administram programas do USDA são proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, religião, sexo, identidade de gênero (incluindo expressão de gênero), orientação sexual, deficiência, idade, estado civil, estado familiar/parental, rendimento derivado de um programa de assistência social, convicções políticas ou represálias ou retaliação por atividade anterior relacionada com direitos civis, em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA (nem todas as bases se aplicam a todos os programas). Resoluções e prazos de apresentação de reclamações variam de acordo com o programa ou incidente.

Pessoas com deficiências que necessitam de meios alternativos de comunicação para informações sobre os programas (por exemplo: Braille, letras grandes, gravação áudio, linguagem gestual americana, etc.) deverão entrar em contacto com a Agência responsável ou o Centro TARGET do USDA através do (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entre em contacto com o USDA pelo Serviço Federal de Retransmissão através do número (800) 877-8339. Adicionalmente, as informações do programa podem ser disponibilizadas noutros idiomas, além do inglês. Para registar uma queixa de discriminação do programa, preencha o Formulário de Reclamação de Discriminação do Programa USDA, AD-3027, que pode encontrar na página on-line em

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> e em qualquer escritório do USDA ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue para o número (866) 632-9992. Envie o seu formulário preenchido ou carta ao USDA por: (1) correio: 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; ou (3) correio eletrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). O USDA é um provedor de igualdade de oportunidades, empregador e credor.

De acordo com o Título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d e segs.), Secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, conforme alterado (29 USC 794), Lei dos Americanos com Deficiência (ADA) de 1990 (42 USC 12101 e segs.) e Título IX das Emendas de Educação de 1972 (20 USC 1681 e segs.), a Lei de Alimentação e Nutrição de 2008 (anteriormente o Food Stamp Act), o Ato de Discriminação de Idade de 1975, regulamentos de implementação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (45 CFR Parts 80 e 84) e do Departamento de Educação dos EUA (34 CFR Parts 104 e 106) e do Departamento de Agricultura, Alimentação e Serviços de Nutrição dos EUA (7 CFR 272.6); o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) e o Departamento de Serviços Humanos (DHS) não discriminam com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, religião, crenças políticas, idade ou sexo em aceitação ou provisão de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação e outras atividades do programa. Sob outras disposições da lei aplicável, o EOHHS e o DHS não discriminam com base na orientação sexual, identidade de gênero ou expressão. Para obter mais informações sobre estas leis, regulamentos e procedimentos de reclamação para a resolução de queixas de discriminação, entre em contacto com o DHS através da morada 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Para fazer uma chamada utilizando o Rhode Island Relay, marque 7-1-1 ou ligue para um destes números gratuitos: TTY: 1-800-745-5555, Voz: 1-800-745-6575. O Oficial de Ligação de Relações com a Comunidade é o coordenador para a implementação do Título VI, o Administrador do Escritório de Serviços de Reabilitação (ORS) ou o seu designado é o coordenador para a implementação do Título IX, Secção 504, e ADA (Americans with Disabilities Act - Lei dos Americanos com Deficiência). O diretor do DHS ou o seu designado tem a responsabilidade geral pela conformidade dos direitos civis para todos os programas da agência. O Secretário do EOHHS é responsável pelas questões de discriminação relacionadas com o Medicaid e quaisquer queixas serão encaminhadas de acordo.

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

Para más informacón 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 ដោយមិនគិតល្អ្ល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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>

