



Programa Estatal de Beneficios de Salud

Elegibilidad y formulario de inscripción para empleados activos

Visión general

A continuación, se muestra una descripción general sobre la elegibilidad y el formulario de inscripción para empleados en el Programa Estatal de Beneficios de Salud de la Mancomunidad de Virginia. Su propósito no es reemplazar manuales del miembro u otra documentación del plan. Para obtener información detallada o aclaraciones, visite el sitio del Departamento de Gestión de Recursos Humanos (DHRM) en www.dhrm.virginia.gov o comuníquese con su administrador de beneficios. La participación en el Programa Estatal de Beneficios de Salud está sujeta a las cláusulas vigentes del programa, las leyes y regulaciones estatales y federales, y la disponibilidad de los planes. La Mancomunidad se reserva el derecho de cambiar su inscripción para garantizar el cumplimiento.

¿Cuándo puedo solicitar la inscripción o realizar cambios en mi elección?

Quando se adquiere la elegibilidad

Para la cobertura de cuidado médico y las cuentas de gastos flexibles (FSA), solicite la inscripción dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de contratación o de adquisición de elegibilidad. La cuenta regresiva inicia el día del evento. Una vez que haya presentado una elección válida dentro de este periodo de inscripción y esta entre en vigencia, será vinculante y no podrá modificarse. Al añadir dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que sirva como prueba de elegibilidad. **Si no cuenta con la documentación, no deje pasar el plazo de inscripción; aun así puede presentar su solicitud de elección. La documentación de respaldo puede enviarse posteriormente, incluso si obtiene la documentación después de los 30 días. Consulte con el administrador de beneficios de su agencia para recibir asistencia. Nota: La cobertura médica no entrará en vigencia hasta que se reciba la documentación aprobada. Consulte con el administrador de beneficios de su agencia.**

Durante la Inscripción abierta

El periodo de Inscripción abierta se lleva a cabo cada primavera y constituye su oportunidad anual para inscribirse o realizar cambios en la elección de cobertura médica, así como para inscribirse en las cuentas FSA, vigentes a partir del 1.º de julio. Al añadir dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que sirva como prueba de elegibilidad. **Si no cuenta con la documentación, no deje pasar el plazo de inscripción; aun así puede presentar su solicitud de elección. La documentación de respaldo puede enviarse posteriormente, incluso si obtiene la documentación después de los 30 días. Consulte con el administrador de beneficios de su agencia para recibir asistencia. Nota: La cobertura médica no entrará en vigencia hasta que se reciba la documentación aprobada. Consulte con el administrador de beneficios de su agencia.**

Eventos de vida calificados de mitad de año

Ciertos eventos de vida calificados de mitad de año permiten realizar cambios específicos en las elecciones fuera del periodo de Inscripción abierta, incluidos cambios en su plan y membresía. Ejemplos de estos eventos incluyen cambios en su empleo, cambios en su estado civil, cambios en el número de miembros de la familia que son elegibles y cambios que afecten el empleo de un miembro de la familia cubierto. Su solicitud de cambio debe recibirse dentro de los 60 días calendario posteriores al evento y debe estar relacionada y ser coherente con dicho evento. La cuenta regresiva inicia el día del evento. Una vez que haya presentado una elección válida dentro de este periodo de inscripción y esta entre en vigencia, será vinculante y no podrá modificarse. Se le solicitará que proporcione documentación de respaldo para el evento de vida calificado de mitad de año. *Puede encontrar una lista completa de eventos de vida calificados de mitad de año en el sitio web del DHRM y en el formulario de inscripción adjunto.* Al añadir dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que sirva como prueba de elegibilidad. **Si no cuenta con la documentación, no deje pasar el plazo de inscripción; aun así puede presentar su solicitud de elección. La documentación de respaldo puede enviarse posteriormente, incluso si obtiene la documentación después de los 30 días. Consulte con el administrador de beneficios de su agencia para recibir asistencia. Nota: La cobertura médica no entrará en vigencia hasta que se reciba la documentación aprobada. Consulte con el administrador de beneficios de su agencia.**

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o a un plan médico grupal, usted podría ser elegible para inscribirse usted y sus dependientes en este plan conforme a una *inscripción especial según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)* si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir hacia la cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, deberá solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la otra cobertura de usted o sus dependientes (o desde que el empleador deje de contribuir a dicha cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

La Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil de 2009 (CHIPRA) creó dos nuevos derechos de inscripción especial para ciertos empleados elegibles y dependientes que pierdan cobertura o pasen a ser elegibles para asistencia con primas en un programa de Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil. Los empleados deben solicitar cambios de cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad.

Para solicitar la *inscripción especial según la HIPAA* o para obtener más información, comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia.

¿Qué opciones de elección se encuentran disponibles?

En la mayoría de los casos, la *cobertura médica* incluye servicios médicos, dentales, de farmacia y de salud conductual. Determinados miembros de la familia que cumplan con los requisitos de elegibilidad y las normas aplicables también pueden estar cubiertos. Debe proporcionarse documentación de respaldo antes de agregar a los miembros de la familia.

- Los empleados que inscriban o no eliminen de la cobertura a un miembro de la familia que no sea elegible pueden enfrentar medidas disciplinarias y la remoción del Programa Estatal de Beneficios de Salud por hasta tres años.
- La continuidad de la cobertura está disponible para usted y para los miembros de su familia cubiertos que hayan perdido la elegibilidad en virtud del Programa Estatal de Beneficios de Salud, a menos que se inscriba en el programa de seguro suplementario de TRICARE. Encontrará más información acerca de la cobertura ampliada (COBRA) en el sitio web del DHRM o si se la solicita a su administrador de beneficios. La información de transferibilidad para el programa de seguro suplementario de TRICARE está disponible a través del administrador del plan.
- Las primas de cuidado médico están sujetas a cambios cada 1.º de julio.
- Las primas deducidas de la nómina se retienen antes de impuestos.
- Los empleados están obligados a pagar cualquier mes de cobertura médica que ya haya comenzado.
- La falta de pago de la prima adeudada resultará en la cancelación de la cobertura y la pérdida de cualquier pago parcial realizado.
- Ninguna persona puede estar inscrita en más de un plan estatal de beneficios de salud bajo ninguna circunstancia. Si se determina que una persona está cubierta por error, el plan tiene derecho a tomar medidas correctivas.

Las *cuentas de gastos flexibles* permiten apartar una parte de su salario cada año antes de impuestos para cubrir gastos elegibles de cuidado médico o cuidado del dependiente. Existe un cargo administrativo mensual antes de impuestos para una o ambas cuentas. Comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia o visite el sitio web del DHRM para obtener más información.

- Una cuenta de gastos flexibles solo debe utilizarse para pagar gastos calificados por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) y únicamente para dependientes elegibles según el IRS.
- Los inscritos deben agotar todas las demás fuentes de reembolso (incluidas aquellas proporcionadas en los planes del empleador) antes de solicitar un reembolso de una cuenta de gastos flexibles. No podrán solicitar reembolso a través de ninguna otra fuente.
- Los inscritos deben recopilar y conservar documentación suficiente para validar los reembolsos de una cuenta de gastos flexibles.

Definiciones de elegibilidad y documentación requerida

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
Cónyuge legal	<p>El matrimonio debe estar reconocido como una unión legal en la Mancomunidad de Virginia.</p> <p>Nota: Los excónyuges no serán elegibles, incluso si tienen una orden judicial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia del acta de matrimonio certificada o registrada y • Fotocopia de la parte superior de la primera página de la declaración federal de impuestos más reciente del empleado donde el dependiente figure como "cónyuge". NOTA: Se puede ocultar toda la información financiera y los números de Seguro Social.
Hijo o hija natural o adoptivo(a)	<p>Los hijos o hijas pueden tener cobertura hasta el final del año en que cumplen 26 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia del certificado de nacimiento o acta de adopción legal donde conste el nombre del empleado. (Nota: Si se trata de un acuerdo previo a la adopción legal, debe ser revisado y aprobado por la Oficina de Beneficios de Salud).
Hijastro o hijastra	<p>Los hijastros o hijastras pueden tener cobertura hasta el final del año en que cumplen los 26 años.</p> <p>Nota: Los hijastros o hijastras son elegibles mientras sus padres naturales sigan siéndolo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia del certificado de nacimiento o acta de adopción donde conste el nombre del cónyuge; y • Fotocopia del acta de matrimonio donde conste el nombre del empleado y del padre/la madre del dependiente y • Fotocopia de la declaración de impuestos federales más reciente donde figure el nombre de la madre/el padre del dependiente consignado como "cónyuge". NOTA: Se puede ocultar toda la información financiera y los números de Seguro Social.
Otros menores	<p>Un hijo o hija no casado(a) respecto del cual un tribunal haya emitido una orden que exige al empleado (y/o a su cónyuge legal) asumir la custodia exclusiva y permanente podrá tener cobertura hasta el final del año en que cumpla 26 años, si se cumplen las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el lugar principal de residencia es con el empleado; • es miembro del hogar del empleado; • reciben más de la mitad de su apoyo de parte del empleado; y • la custodia se concedió antes del cumpleaños número 18 del menor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia de la orden judicial definitiva que confiere la custodia, con la firma del juez a cargo.

Formulario de inscripción al Programa Estatal de Beneficios de Salud para empleados



Revise cada sección y escriba cuidadosamente EN LETRA DE IMPRENTA su información de inscripción. Para obtener información sobre elegibilidad para los beneficios de salud estatales, visite el sitio web del DHRM en www.dhrm.virginia.gov o comuníquese con su administrador de beneficios.

Sección 1: Información personal

Nombre _____ Número de identificación _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Número de identificación o número de Seguro Social del empleado

Fecha de nacimiento _____ Género: Masculino Femenino
Mes Día Año

Importante: *Asegúrese de verificar el formato correcto de su dirección en <http://zip4.usps.com/zip4/welcome.jsp>.*

Dirección _____ Apartado postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal + 4 _____

Correo electrónico estatal: _____ Correo electrónico personal: _____

Número de teléfono estatal: (____) _____ Número de teléfono personal: (____) _____ Móvil

Sección 2: Motivo de esta solicitud de inscripción o cambio de elección

Marque la casilla que corresponda.

- Inscripción abierta**
- Inscripción inicial para nuevos empleados elegibles:** _____
MES / DÍA / AÑO
- Eventos de vida calificados de mitad de año/ Documentación de respaldo del evento de vida**
Marque a continuación el tipo de evento y adjunte la documentación de respaldo correspondiente según se indique. Fecha del evento: _____
MES / DÍA / AÑO

<p>Eventos compatibles con la incorporación de miembros de la familia a la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Matrimonio (copia certificada del acta de matrimonio)<input type="checkbox"/> Nacimiento o adopción (certificado de nacimiento/anuncio hospitalario o acta de adopción)<input type="checkbox"/> Sentencia, decreto u orden judicial para agregar a un(a) hijo/a<input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad en un plan gubernamental (documentación gubernamental)<input type="checkbox"/> Pérdida de elegibilidad en Medicare o Medicaid (documentación gubernamental)<input type="checkbox"/> El cónyuge o hijo(a) perdió la elegibilidad en el plan de su empleador (documentación del empleador) <p>Eventos compatibles con la eliminación de miembros de la familia de la cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Divorcio (sentencia de divorcio)<input type="checkbox"/> Fallecimiento del cónyuge (documentación que valide el fallecimiento)<input type="checkbox"/> Fallecimiento de un(a) hijo/a (documentación que valide el fallecimiento)<input type="checkbox"/> El hijo o la hija cubierto(a) por el plan perdió la elegibilidad (documentación de respaldo)<input type="checkbox"/> Sentencia, decreto u orden judicial para eliminar a un(a) hijo/a<input type="checkbox"/> Obtención de elegibilidad en Medicare o Medicaid (documentación gubernamental)<input type="checkbox"/> El cónyuge o hijo/a obtuvo elegibilidad para el plan de su empleador (documentación del empleador)	<p>Otros eventos:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cambio en el empleo: <input type="checkbox"/> De tiempo completo a medio tiempo <input type="checkbox"/> De medio tiempo a tiempo completo<input type="checkbox"/> Inicio de licencia sin goce de salario<input type="checkbox"/> Finalización de licencia sin goce de salario<input type="checkbox"/> Cambio en el costo o la cobertura del cuidado del dependiente (documentación del proveedor de cuidados de dependientes)<input type="checkbox"/> Inscripción especial de HIPAA debido a la pérdida de otra cobertura (certificado HIPAA)<input type="checkbox"/> Mudanza que afecta la elegibilidad para el plan médico (la agencia valida la mudanza)<input type="checkbox"/> Inscripción abierta o cambio de plan del otro empleador (documentación del empleador)<input type="checkbox"/> Inscripción en un plan médico dentro del mercado de seguros médicos (documentación de la inscripción en la cobertura del mercado de seguros y de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura)
---	---

- Agregar a una membresía familiar existente (documentación que respalde la elegibilidad)**

Sección 3: Si su elección es una cuenta de gastos flexibles, debe inscribirse en cada año del plan

Para inscribirse o realizar cambios en una cuenta FSA, ingrese el monto anual que desea que se deduzca. Para obtener ayuda para determinar el monto de su elección anual, complete la planilla de la cuenta FSA disponible en el sitio web del DHRM en www.dhrm.virginia.gov o solicítela a su administrador de beneficios.

- No deseo participar en una cuenta FSA.**

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA CUIDADO MÉDICO

Para gastos médicos elegibles incurridos por usted, su cónyuge y sus dependientes elegibles. (La contribución máxima permitida es de hasta \$3,400).

Monto anual _____ = _____

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

Para gastos elegibles de cuidado de dependientes incurridos por usted, su cónyuge y sus dependientes elegibles. (La contribución máxima permitida es de hasta \$7,500, según su estado de declaración de impuestos).

Monto anual _____ = _____

Sección 4: Elección de cobertura médica

- No deseo participar en la cobertura médica
- Sin cambios en mi selección actual de plan médico ni en los miembros de la familia o el nivel de la membresía
(Si marca cualquiera de las casillas anteriores, continúe con la Sección 5).

A. Selección del plan médico – Marque la casilla que corresponda

- Sin cambios en mi plan médico actual

PLANES MÉDICOS ESTATALES

Administrado por Anthem Blue Cross Blue Shield*

- COVA Care (with preventive dental) (ACCO)
 COVA Care Out of Network (ACC1)
 COVA Care + Expanded Dental (ACC2)
 COVA Care + Out of Network and Expanded Dental (ACC3)
 COVA Care + Expanded Dental + Vision & Hearing (ACC4)
 COVA Care + Out of Network + Expanded Dental + Vision & Hearing (ACC5)
 COVA HDHP- High Deductible Plan (with preventive dental) (CHD)
 COVA HDHP- High Deductible Plan + Expanded Dental (CHD1)

Administrado por Aetna*

- COVA HealthAware (with preventive dental) (CHA)
 COVA HealthAware + Expanded Dental (CHA2)
 COVA HealthAware + Expanded Dental & Vision (CHA1)

Administrado por Selman & Company

- Seguro suplementario de TRICARE (TRC)
DEERS # _____ (requerido)

*Los beneficios de farmacia de Anthem Pharmacy son administrados por CarelonRx. Los beneficios dentales son administrados por Delta Dental.

PLANES MÉDICOS REGIONALES

Administrado por Kaiser Permanente de Mid-Atlantic States, Inc.

- Kaiser Permanente HMO está disponible en códigos postales designados en las zonas de Northern Virginia, Central Virginia y Northern Neck (KP)

Administrado por by Sentara Health Plans

- Sentara Health Plans HMO está disponible principalmente en códigos postales de Hampton Roads (OH)

B. Miembros de la familia – Marque la casilla que corresponda

- Sin cambios en los miembros de mi familia cubiertos
- No deseo cubrir a ningún miembro de la familia
- Deseo cubrir a los miembros de la familia elegibles indicados a continuación
(Nota: Deberá presentar documentación al agregar miembros de la familia a su cobertura)

CÓDIGO DE PARENTESCO**	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
Cónyuge					
Niños					

**Códigos de parentesco: SM=cónyuge masculino SF=cónyuge femenino S=hijo D=hija SS=hijastro SD=hijastra OF=otra hija OM=otro hijo

Sección 5: Certificación y autorización del empleado

Certifico que he revisado y comprendido la información de elegibilidad e inscripción del Programa Estatal de Beneficios de Salud y que acepto cumplir con todos los requisitos de participación. Certifico que todos los dependientes indicados cumplen con los requisitos de elegibilidad del programa y que la información proporcionada en este formulario es completa y exacta a mi leal saber y entender. Comprendo que proporcionar información incorrecta de manera intencional se considera perjurio y es sancionable con el máximo rigor de la ley. Comprendo que el plan médico y sus asociados comerciales tienen derecho a utilizar información médica protegida en relación con el tratamiento, el pago y las operaciones del plan médico permitidas por HIPAA. Comprendo que participar en una Cuenta de gastos flexibles (FSA) es completamente voluntario y que los pagos realizados desde mi cuenta FSA se revisan de manera independiente para verificar el cumplimiento de las regulaciones del IRS. Asimismo, comprendo que el IRS exige que reembolse al Plan cualquier monto de reembolso indebido, erróneo o excedente que no resuelva dentro del plazo establecido por el Plan. De conformidad con el §40.1-29(C) del Código de Virginia, al inscribirme en una cuenta FSA autorizo específicamente a la Mancomunidad de Virginia a retener de mi salario, después de impuestos, los montos necesarios para reponer mi cuenta FSA por cualquier reembolso indebido, erróneo o excedente.

Escriba su nombre con letra de imprenta _____

Firme aquí _____ Fecha _____

Sección 6: Verificación y aprobación de la agencia

Fecha de recepción _____ Fecha en el sistema _____ Fecha de entrada en vigencia _____
Mes/Día/Año Mes/Día/Año Mes/Día/Año

Nombre del contacto en letra de imprenta _____ Teléfono _____ Número de agencia/grupo _____ /

Número de identificación o número de Seguro Social del empleado _____



Virginia Department of
**HUMAN RESOURCE
MANAGEMENT**

Declaración de asistencia en otros idiomas Programa Estatal de Beneficios de Salud

Los Programas Estatales y Locales de Beneficios de Salud de la Mancomunidad de Virginia (el “plan médico”) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Nuestro Aviso sobre no discriminación enumera los servicios disponibles y explica cómo presentar una queja si considera que el plan médico no ha brindado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera.

ATTENTION: If you need help in the language you speak, language assistance services are available to you free of charge. Send your request for language assistance to appeals@dhrm.virginia.gov or fax to 804-786-0356.

Spanish:

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en el idioma que habla, servicios de asistencia lingüística están a su disposición de forma gratuita. Envíe su solicitud de asistencia lenguaje para appeals@dhrm.virginia.gov o por fax al 804-786-0356.

Korean:

주의 : 당신이 말하는 언어로 도움이 필요한 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 당신에게 사용할 수 있습니다. 804-786-0356에 언어 appeals@dhrm.virginia.gov하는 지원이나 팩스에 대한 요청을 보냅니다.

Vietnamese:

Chú ý: Nếu bạn cần giúp đỡ trong ngôn ngữ bạn nói, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn cho bạn miễn phí. Gửi yêu cầu để được hỗ trợ ngôn ngữ về appeals@dhrm.virginia.gov hoặc fax 804-786-0356.

Chinese:

注意 : 如果你需要在你講的語言幫助，語言協助服務提供給您免費。發送您的語言協助 appeals@dhrm.virginia.gov或傳真至804-786-0356請求。

Arabic:

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة باللغة التي تتحدثها، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجانًا. أرسل طلبك للحصول على المساعدة اللغوية عبر البريد الإلكتروني إلى appeals@dhrm.virginia.gov أو عبر الفاكس إلى 804-786-0356.

Persian:

توجه: اگر شما نیاز به کمک در زبان شما صحبت می کنید، خدمات کمک زبان در دسترس شما هستند رایگان می باشد. ارسال یا فکس به 804-786-0356 appeals@dhrm.virginia.gov درخواست خود را برای کمک به زبان

Amharic:

አዳምጥ: አንተ የ ማና ገ ፍ ት ቋንቋ አርዳታ የ ማፈልገኩህ ለ ሆነ , የ ቋንቋ አርዳታ አ ገ ል ግ ሎቶች ከ ከ ፍ ያ ነ ግ ለ አር ስ ሆ የ ማገገፍ ፍ ፍ ጥ ወ: 804-786-0356 ቋንቋ appeals@dhrm.virginia.gov አርዳታ ወይም በ ፋክስ ጥያቄዎን ይላኩ.

Urdu:

توجہ فرمائیں: اگر آپ کو اپنی بولی جانے والی زبان میں مدد درکار ہے تو زبان میں مدد کی خدمات آپ کے لیے بالکل مفت دستیاب ہیں۔

زبان میں مدد کے لیے اپنی درخواستیں appeals@dhrm.virginia.gov پر بھیجیں یا 804-786-0356 پر فیکس کریں۔

French:

ATTENTION: Si vous avez besoin d'aide dans la langue que vous parlez, les services d'assistance linguistique sont à votre disposition gratuitement. Envoyez votre demande d'assistance linguistique pour appeals@dhrm.virginia.gov ou par télécopieur au 804-786-0356.

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вам нужна помощь на языке вы говорите, переводческие услуги доступны бесплатно. Отправьте запрос о помощи языка к appeals@dhrm.virginia.gov или по факсу 804-786-0356.

Hindi:

ध्यान दें: यदि आपको उस भाषा के लिए मदद की ज़रूरत है, जिस भाषा में आप बात करते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निशुल्क में उपलब्ध हैं। भाषा की सहायता के लिए अपना अनुरोध appeals@dhrm.virginia.gov पर या फ़ैक्स के लिए 804-786-0356 पर भेजें।

German:

ACHTUNG: Wenn Sie in der Sprache sprechen Sie Hilfe benötigen, die Sprache Hilfeleistungen zur Verfügung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Senden Sie Ihre Anfrage für sprachliche Unterstützung zu appeals@dhrm.virginia.gov oder Fax an 804-786-0356.

Bengali:

দৃষ্টি আকর্ষণ: আপনি ভাষা আপনি কথা বলতে সাহায্য প্রয়োজন হয়, তাহলে ভাষা সহায়তা সেবা নিখরচা আপনার জন্য উপলব্ধ। appeals@dhrm.virginia.gov অথবা ফ্যাক্স ভাষা সহায়তা 804-786-0356 করার জন্য আপনার অনুরোধ পাঠান।

Bassa:

Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ̄ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poòbèin m̄ gbo kpáa. Dá 804-786-0353.

Igo (Igbo):

Ntị: Ọ buru na ị choro enyemaka na asusu ị na-asu, asusu aka oru di ka ị n'efu. Send gi aririọ maka asusu aka appeals@dhrm.virginia.gov ma o bu faksị ka 804-786-0356.

Yoruba:

Akiyesi: Ti o ba nilo iranlowo ninu ede ti o soro, ede iranlowo ise ni o wa wa si o free ti idiyele. Fi ibeere re fun ede iranlowo to appeals@dhrm.virginia.gov tabi Faksi to 804-786-0356.

Filipino(Tagalog):

Pansin: Kung kailangan mo ng tulong sa wikang nagsasalita ka, serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit sa iyo nang walang bayad. Ipadala ang iyong kahilingan para sa tulong sa wika upang appeals@dhrm.virginia.gov o fax sa 804-786-0356.