



Programa estatal de beneficios de salud

Formulario de elegibilidad e inscripción para empleados activos

Visión general

A continuación, encontrará una descripción general de la información sobre la elegibilidad y la inscripción para empleados del programa estatal de beneficios de salud de la Mancomunidad de Virginia. Esta información no reemplaza los manuales del miembro u otros documentos del plan. Para obtener información más detallada o aclarar sus dudas, visite el sitio web 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 estará sujeta a las cláusulas actuales del programa, a las leyes y normas estatales y federales, y a la disponibilidad del plan. La Mancomunidad de Virginia se reserva el derecho de modificar su inscripción para garantizar el cumplimiento.

¿Cuándo puedo solicitar la inscripción o modificar mis elecciones?

Quando comienza a ser elegible

En el caso de la cobertura del cuidado médico y las cuentas de gastos flexibles (FSA), podrá solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a su contratación o al comienzo de su elegibilidad. La cuenta regresiva inicia el día del evento. Una vez que haya presentado una elección válida durante este periodo de inscripción y que esa elección haya entrado en vigencia, será vinculante y no podrá modificarla. En caso de que desee añadir dependientes a la cobertura, deberá presentar documentación justificadora que demuestre la elegibilidad. **Si no tiene esta documentación, no deje pasar el plazo de inscripción.**

Tendrá 60 días más a partir de la solicitud de elección para presentar la documentación que demuestre la elegibilidad.

Nota: La cobertura de cuidado médico no entrará en vigencia hasta que no se reciba la documentación aprobada.

Consulte con el administrador de beneficios de su agencia.

Durante la inscripción abierta

El periodo de inscripción abierta que ocurre todas las primaveras es la oportunidad que le damos todos los años de inscribirse en una cobertura de cuidado médico, modificar su cobertura existente o inscribirse en las cuentas FSA y que tales cambios entren en vigencia a partir del 1.º de julio. En caso de que desee añadir dependientes a la cobertura, deberá presentar documentación justificadora que demuestre la elegibilidad. **Si no tiene esta documentación, no deje pasar el plazo de inscripción.**

Tendrá 60 días más a partir de la solicitud de elección para presentar la documentación que demuestre la elegibilidad.

Nota: La cobertura de cuidado médico no entrará en vigencia hasta que no se reciba la documentación aprobada.

Consulte con el administrador de beneficios de su agencia.

Quando experimenta un evento que califica (evento de vida) durante el año

Existen algunos eventos que califican (eventos de vida) que ocurren durante el año y que le permiten efectuar modificaciones específicas a sus elecciones fuera del periodo de inscripción abierta, por ejemplo, modificaciones a su plan y a su membresía. Estos eventos pueden ser cambios en el empleo, cambios en el estado civil, cambios en la cantidad de familiares elegibles y cambios que afectan el empleo de un familiar cubierto. Debemos recibir su solicitud de modificación dentro de los 60 días calendario posteriores al evento, y tal solicitud debe estar justificada por el evento y ser razonable dadas sus circunstancias. La cuenta regresiva inicia el día del evento. Una vez que haya presentado una elección válida durante este periodo de inscripción y que esa elección haya entrado en vigencia, será vinculante y no podrá modificarla. Le pediremos que nos brinde documentación justificadora para demostrar que el evento que califica (evento de vida) ocurrió durante el año. *Encontrará una lista completa de eventos que califican (eventos de vida) que pueden ocurrir durante el año en el sitio web del DHRM y en el formulario de inscripción adjunto.* En caso de que desee añadir dependientes a la cobertura, deberá presentar documentación justificadora que demuestre la elegibilidad. **Si no tiene esta documentación, no deje pasar el plazo de inscripción. Tendrá 60 días más a partir de la solicitud de elección para presentar toda la documentación justificadora.** **Nota:** La cobertura de cuidado médico no entrará en vigencia hasta que no se reciba la documentación aprobada. Consulte con el administrador de beneficios de su agencia.

Si rechaza su inscripción o la de sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o a la cobertura de un plan médico grupal, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan en virtud de una *inscripción especial contemplada por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA)* si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer los aportes correspondientes a su otra cobertura o a la otra cobertura de sus dependientes). Sin embargo, deberá solicitar la inscripción en el plazo de 60 días posteriores a la fecha en que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o la fecha en que el empleador deje de hacer los aportes correspondientes a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción.

La Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIPRA) de 2009 creó dos nuevos derechos de inscripción especial para aquellos empleados y dependientes elegibles que pierdan su cobertura o comiencen a ser elegibles para recibir asistencia para pagar las primas en virtud de un programa de Medicaid o un programa de seguro médico para niños. Los empleados deberán solicitar las modificaciones a su cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad.

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

¿Qué opciones de elecciones hay disponibles?

La cobertura de cuidado médico, en la mayoría de los casos, incluye los servicios médicos, dentales, de farmacia y de salud conductual. Es posible que la cobertura aplique a ciertos familiares que cumplan con las normas y los requisitos de elegibilidad. Deberá presentar documentación justificadora para que podamos añadir a sus familiares a la cobertura.

- Es posible se apliquen sanciones disciplinarias a aquellos empleados que inscriban a un familiar no elegible para la cobertura o que decidan no eliminar a tal familiar de la cobertura, y es posible que se les impida participar del programa estatal de beneficios de salud por hasta tres años.
- Usted y aquellos familiares cubiertos que pierdan la elegibilidad en virtud del programa estatal de beneficios de salud podrán acceder a una cobertura continuada, a menos que se inscriban en el suplemento de TRICARE. Encontrará más información sobre la cobertura extendida (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria o COBRA) en el sitio web del DHRM. También puede solicitarla a su administrador de beneficios. Puede solicitarle al administrador del plan información sobre la transferibilidad del suplemento de TRICARE.
- Las primas de cuidado médico estarán sujetas a cambios el 1.º de julio de cada año.
- Las primas que se deduzcan de la nómina se retendrán antes de impuestos.
- Los empleados tienen la obligación de pagar por todos los meses correspondientes a una cobertura de cuidado médico que ya haya comenzado.
- De no pagarse la prima adeudada, se procederá a cancelar la cobertura y el titular perderá el derecho a cualquier pago parcial efectuado.

Las cuentas de gastos flexibles le permiten destinar todos los años una parte de su sueldo antes de impuestos a gastos médicos elegibles o a gastos correspondientes al cuidado de sus dependientes. Se aplica un cargo mensual administrativo antes de impuestos a una o ambas cuentas. Para obtener más información, visite el sitio web del DHRM o comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia.

- Las cuentas de gastos flexibles deben utilizarse únicamente para pagar aquellos gastos que cumplan con los requisitos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) y únicamente para aquellos dependientes que sean elegibles en virtud de las normas del IRS.
- Los inscritos deben agotar todas las demás fuentes de reembolsos (como las que se ofrecen en virtud de los planes del empleador) antes de solicitar el reembolso de una cuenta de gastos flexibles. No podrán solicitar el reembolso de ninguna otra fuente.
- Los inscritos deben recopilar y almacenar suficiente información para justificar el reembolso de una cuenta de gastos flexibles.

Definiciones de elegibilidad y documentación requerida

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
Cónyuge	La Mancomunidad de Virginia debe reconocer el matrimonio como legalmente válido. Nota: No serán elegibles los excónyuges, incluso aunque cuenten con una orden judicial.	<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 en la que se haya definido al dependiente como "cónyuge". NOTA: Puede ocultar toda la información financiera y los números de Seguro Social.
Hijos biológicos o adoptados	Los hijos estarán cubiertos hasta el final del año en que cumplan 26 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia de la partida de nacimiento o del acuerdo de adopción legal que indique el nombre del empleado. (Nota: Si se trata de un acuerdo de preadopción legal, la Oficina de Beneficios de Salud deberá revisarlo y aprobarlo).
Hijastros	Los hijastros estarán cubiertos hasta el final del año en que cumplan 26 años. Nota: Los hijastros serán elegibles siempre y cuando su padre biológico (o madre biológica) siga siendo elegible.	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia de la partida de nacimiento (o del acuerdo de adopción) que indique el nombre del cónyuge del empleado; y • Fotocopia del acta de matrimonio que indique el nombre del empleado y del padre o la madre del dependiente; y • Fotocopia de la declaración federal de impuestos más reciente en la que se haya definido al padre o a la madre del dependiente como "cónyuge". NOTA: Puede ocultar toda la información financiera y los números de Seguro Social.
Otros menores de edad	Aquellos menores de edad solteros cuya custodia permanente se le haya otorgado al empleado (y/o al cónyuge legal del empleado) mediante una orden judicial estarán cubiertos hasta el final del año en que cumplan 26 años si: <ul style="list-style-type: none"> • el lugar de residencia principal del menor de edad coincide con el del empleado; • si el menor de edad es un miembro del hogar del empleado; • si el menor de edad recibe más de la mitad de su sustento del empleado; y • si la custodia se otorgó antes de que el menor de edad cumpliera 18 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia de la orden judicial definitiva mediante la cual se otorgó la custodia permanente del menor de edad, con la firma del juez que entendió en la causa.

Formulario de inscripción al programa estatal de beneficios de salud para empleados



Lea atentamente cada sección y escriba con LETRA DE IMPRENTA clara la información de su inscripción. Para obtener más información sobre la elegibilidad para los beneficios estatales de salud, 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 Identificación de empleado o número de Seguro Social

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Hombre Mujer
Mes Día Año

Importante: Para verificar el formato correcto en el que debe indicar su dirección, ingrese en <http://zip4.usps.com/zip4/welcome.jsp>.

Dirección _____ Casilla de correo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal + 4 _____

Correo electrónico del estado: _____ Correo electrónico personal: _____

Teléfono del estado: (_____) _____ Teléfono personal: (_____) _____ Celular

Sección 2: motivo de la solicitud de inscripción o modificación de la elección

Marque la casilla que corresponda.

Inscripción abierta

Inscripción inicial para un empleado que comenzó a ser elegible: _____

MES/DÍA/AÑO

Evento que califica (evento de vida) que ocurrió durante el año/Documentación que justifique el evento

Marque el tipo evento de vida y adjunte la documentación justificadora que corresponda según se indica. Fecha del evento: _____

MES/DÍA/AÑO

Eventos en los que se añaden familiares nuevos a la cobertura:

- Matrimonio (acta de matrimonio certificada)
- Nacimiento o adopción (partida de nacimiento/anuncio del hospital o acuerdo de adopción)
- Decisión, sentencia u orden de añadir a un menor de edad (orden judicial)
- Pérdida de elegibilidad en virtud de un plan gubernamental (documentación del gobierno)
- Pérdida de elegibilidad en virtud de Medicare o Medicaid (documentación del gobierno)
- Pérdida de elegibilidad del cónyuge o del menor de edad en virtud del plan de su empleador (documentación del empleador)

Eventos en los que se eliminan familiares existentes de la cobertura:

- Divorcio (sentencia de divorcio)
- Fallecimiento del cónyuge (documentación que certifique la defunción)
- Fallecimiento del menor de edad (documentación que certifique la defunción)
- Pérdida de elegibilidad del menor de edad cubierto en virtud del plan (documentación justificadora)
- Decisión, sentencia u orden de eliminar a un menor de edad (orden judicial)
- Determinación de elegibilidad en virtud de Medicare o Medicaid (documentación del gobierno)
- Determinación de elegibilidad del cónyuge o del menor de edad en virtud del plan de su empleador (documentación del empleador)

Otros eventos:

- Cambio de empleo:
 - De empleo a tiempo completo a empleo a tiempo parcial
 - De empleo a tiempo parcial a empleo a tiempo completo
- Comienzo de una licencia sin goce de sueldo
- Fin de una licencia sin goce de sueldo
- Cambio en el costo o la cobertura del cuidado del dependiente (documentación del proveedor de cuidado del dependiente)
- Inscripción especial contemplada por la ley HIPAA causada por la pérdida de otra cobertura (certificado de la ley HIPAA)
- Mudanza que afecta la elegibilidad para el plan médico (la agencia debe validar la mudanza)
- Otra inscripción abierta o modificación al plan del empleador (documentación del empleador)
- Inscripción en un plan médico del Mercado de Seguros Médicos (documentación de la inscripción en la cobertura del mercado de seguros y la fecha de entrada en vigencia de la cobertura)

Añadir a la membresía de la familia existente (documentación que respalde la elegibilidad)

Sección 3: elección de cuentas de gastos flexibles (debe inscribirse todos los años del plan)

Para inscribirse en una cuenta FSA o modificar su elección, ingrese el monto anual que desea que se deduzca. Si necesita ayuda para determinar el monto anual de su elección, complete la planilla de cuentas FSA que está disponible en el sitio web del DHRM, www.dhrm.virginia.gov, o solicítelas a su administrador de beneficios.

No deseo participar en una cuenta FSA.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES DE SALUD

Para los gastos médicos elegibles en los que incurran usted, su cónyuge o sus dependientes elegibles (la contribución máxima permitida es de \$3,050).

Monto anual = _____

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA EL CUIDADO DEL DEPENDIENTE

Para los gastos elegibles del cuidado del dependiente en los que incurran usted, su cónyuge o sus dependientes elegibles (la contribución máxima permitida es de \$5,000 y se determina según su estado de declaración de impuestos).

Monto anual = _____

A10657 (02/2023)

Sección 4: elección de la cobertura de cuidado médico

- No deseo participar en la cobertura de cuidado médico
 No deseo modificar mi plan médico actual ni mis familiares/el nivel de membresía de mi familia
(Si marca alguna de estas dos opciones, avance directamente hasta la Sección 5).

A. Selección del plan médico (marque la casilla que corresponda)

- No deseo cambiar mi plan médico actual

PLANES MÉDICOS ESTATALES

Administrados por Anthem Blue Cross Blue Shield*

- COVA Care (con cuidado dental preventivo) (ACCO)
 COVA Care + fuera de la red (ACC1)
 COVA Care + cuidado dental expandido (ACC2)
 COVA Care + fuera de la red y cuidado dental expandido (ACC3)
 COVA Care + cuidado dental expandido + cuidado de la audición y la visión (ACC4)
 COVA Care + fuera de la red + cuidado dental expandido + cuidado de la audición y la visión (ACC5)
 COVA HDHP, plan de deducible alto (con cuidado dental preventivo) (CHD)
 COVA HDHP, plan de deducible alto + cuidado dental expandido (CHD1)

Administrados por Aetna*

- COVA HealthAware (con cuidado dental preventivo) (CHA)
 COVA HealthAware + cuidado dental expandido (CHA2)
 COVA HealthAware + cuidado dental y de la visión expandido (CHA1)

Administrados por Selman & Company

- Suplemento de TRICARE (TRC)
 Núm. del DEERS _____ (obligatorio)

*El servicio de Anthem Pharmacy es prestado por CarelonRx, quien administra los beneficios de farmacia. Delta Dental administra los beneficios dentales.

PLANES MÉDICOS REGIONALES

Administrado por Kaiser Permanente of the Mid-Atlantic States, Inc.

- Kaiser Permanente HMO, disponible en códigos postales designados del norte y centro de Virginia y Northern Neck (KP)

Administrado por Optima

- Optima Health HMO, disponible principalmente en los códigos postales de Hampton Roads (OH)

B- Familiares (marque la casilla que corresponda)

- No deseo modificar mis familiares ya cubiertos
 No deseo cubrir a ningún familiar
 Deseo cubrir a los familiares elegibles que se indican a continuación.

(Note: Si desea añadir familiares a su cobertura, deberá presentar la documentación correspondiente.)

CÓDIGO DE RELACIÓN**	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
Cónyuge					
Hijos					

**Códigos de relación: CH = cónyuge hombre; CM = cónyuge mujer; HV= hijo varón; HM = hija mujer; HTV = hijastro varón; HTM = hijastra mujer; OM = otra menor de edad; OH = otro menor de edad

Sección 5: certificación y autorización del empleado

Por la presente, certifico que he revisado y entendido la información sobre la elegibilidad y la inscripción del programa estatal de beneficios de salud, y me comprometo a 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 que he proporcionado en el presente formulario está completa y es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta a sabiendas se considera un acto de perjurio y se penaliza al máximo nivel permitido por la ley. Entiendo que el plan médico y sus socios comerciales tienen el derecho de utilizar mi información de salud protegida en relación con aquellas operaciones de tratamiento, pago y del plan médico permitidas por la ley HIPAA. Entiendo que participar en una cuenta de gastos flexibles (FSA) es completamente voluntario y que los pagos que se realicen desde mi cuenta FSA se revisarán de forma independiente para verificar el cumplimiento con las normas del IRS. También entiendo que el IRS me exigirá que le reembolse al plan cualquier monto de reembolso inadecuado, incorrecto o excedido que no resuelva dentro del plazo que indique el plan. De conformidad con el artículo 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 sueldo después de impuestos aquellos montos que sean necesarios para reabastecer mi cuenta FSA por cualquier reembolso inadecuado, incorrecto o excedido.

Indique su nombre en letra de imprenta _____

Firme aquí _____ Fecha _____

Sección 6: verificación y aprobación de la agencia

Es su responsabilidad revisar y confirmar el presente documento para comprobar que las íones efectuadas sean correctas.

Fecha de recepción _____ Fecha de registro _____ Fecha de entrada en vigencia _____
Mes/día/año Mes/día/año Mes/día/año

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

Identificación de empleado o número de Seguro Social _____



Virginia Department of
**HUMAN RESOURCE
MANAGEMENT**

Declaración de asistencia en otros idiomas de 2023-24

Programa estatal de beneficios de salud

El programa estatal y local de beneficios de salud de la Mancomunidad de Virginia (el “Plan médico”) cumple las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Nuestro Aviso sobre no discriminación enumera los servicios disponibles y cómo presentar una queja si considera que el plan médico no le proporcionó esos servicios o lo discriminó de otra forma.

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 để 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 مجاناً. 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 የሚናገረው ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ, የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች ከአጭሩ ነፃ ለእርስዎ የሚገኙ ናቸው. 804-786-0356 ቋንቋ appeals@dhrm.virginia.gov እርዳታ ወይም በፋክስ 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: ɔ jũ ké m̄ [ˈBàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poòbèin m̄ gbo kpáa. Ɖá 804-786-0353.

Igo (Igbo):

Ntị: Ọ bụrụ na ị chọrọ enyemaka na asụsụ ị na-asụ, asụsụ aka ọrụ dị ka ị n'efu. Send gị arịrịọ maka asụsụ aka appeals@dhrm.virginia.gov ma ọ bụ faksị ka 804-786-0356.

Yoruba:

Akiyesi: Ti o ba nilo iranlowo ninu ede ti o soṣo, ede iranlowo iṣe ni o wa wa si o free ti idiyele. Fi ibeèrè rẹ 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.