



Programa de Beneficios de Salud del Estado

Formulario de inscripción y elegibilidad para empleado activo

Descripción general

El siguiente documento es una descripción general de la información sobre elegibilidad e inscripción en el Programa estatal de Beneficios de Salud de la Mancomunidad de Virginia para los empleados. No está destinado a reemplazar los manuales del miembro ni otros documentos de los planes. Si desea información más detallada o tiene dudas, visite el sitio web del 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 disposiciones actuales del programa, las leyes y regulaciones estatales y federales y la disponibilidad del plan. La Mancomunidad se reserva el derecho a modificar su inscripción de manera que se garantice el cumplimiento.

¿Cuándo puedo solicitar la inscripción o cambios de elecciones?

Quando califica por primera vez

Para cobertura de atención médica y cuentas de gastos flexible, solicite la inscripción dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de contratación o de adquisición de elegibilidad. La cuenta regresiva inicia el día mismo del evento. Una vez que haya enviado una elección válida durante este periodo de inscripción, y esa elección entre en vigencia, será vinculante y ya no podrá modificarse. Al añadir dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que obre como la prueba de elegibilidad. **Si no tiene la documentación, no se pierda el plazo de inscripción.**

Tiene otros 60 días adicionales a partir de la solicitud de cambio para presentar la documentación de elegibilidad.

Nota: La cobertura de atención 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 ocurre cada primavera, y representa su oportunidad anual para inscribirse o realizar cambios electivos en la cobertura de atención médica y para inscribirse en las cuentas FSA a partir del 1 de julio. Al añadir dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que obre como la prueba de elegibilidad. **Si no tiene la documentación, no se pierda el plazo de inscripción. Tiene otros 60 días más al final del periodo de Inscripción Abierta para presentar la documentación de elegibilidad.** **Nota:** La cobertura de atención médica no entrará en vigencia hasta que se reciba la documentación aprobada. Consulte con el administrador de beneficios de su agencia.

Eventos calificados de mitad del año (eventos de vida)

Existen ciertos eventos calificados de mitad de año (eventos de vida) que permiten cambios electivos específicos en momentos fuera del periodo de Inscripción Abierta, incluidos los cambios en su plan y membresía. Entre los ejemplos de estos eventos podemos mencionar cambios en su empleo, cambios en su estado civil, cambios en la cantidad de miembros elegibles de su familia y cambios que afectan 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 ser consistente con el evento. La cuenta regresiva inicia el día mismo del evento. Una vez que haya enviado una elección válida durante este periodo de inscripción, y esa elección entre en vigencia, será vinculante y ya no podrá modificarse. Se le pedirá que proporcione documentación de respaldo para el evento calificado de mitad del año (evento de vida). *Encontrará una lista completa de eventos calificados de mitad del año (eventos de vida) en el sitio web del DHRM y en el formulario de inscripción adjunto.* Al añadir dependientes a la cobertura, debe presentar la documentación de respaldo que obre como la prueba de elegibilidad. **Si no tiene la documentación, no se pierda la fecha límite de inscripción. Tiene otros 60 días adicionales a partir de la solicitud de cambio para presentar toda documentación de respaldo necesaria.** **Nota:** La cobertura de atención 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 para sus Dependientes (incluso su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de seguro de salud o de salud grupal, en virtud de una *inscripción especial de HIPAA*, es posible que pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir 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, nacimiento, adopción o colocación para adopción. La Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños de 2009 (CHIPRA) instauró dos nuevos derechos de inscripción especial para ciertos empleados y dependientes elegibles que pierden la cobertura o adquieren elegibilidad para recibir asistencia con las primas en virtud de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños. Los empleados deben solicitar los cambios en la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad.

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

¿Qué opciones de elección hay disponibles?

En la mayoría de los casos, la cobertura de atención médica incluye servicios médicos, dentales, de farmacia y de salud conductual. Aquellos miembros de la familia que cumplan con los requisitos de elegibilidad y reglamentarios también pueden estar cubiertos. Es necesario presentar la documentación de respaldo para poder añadir miembros de la familia.

- Los empleados que inscriban u omitan eliminar a un miembro de su familia que no sea elegible para la cobertura pueden quedar sujetos a medidas disciplinarias y ser eliminados del Programa Estatal de Beneficios de Salud durante hasta tres años.
- La continuidad de la cobertura está disponible para usted y para sus familiares cubiertos que hayan perdido la elegibilidad en virtud del Programa estatal de beneficios de salud, a menos que se inscriba en el programa TRICARE Supplement. 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 portabilidad para el programa TRICARE Supplement está disponible solicitándosela al administrador del plan.
- Las primas por atención médica están sujetas a cambio cada 1 de julio.
- Las primas deducidas de la nómina se retienen sobre los montos antes de impuestos.
- Los empleados tienen la obligación de pagar cualquier mes de cobertura de atención médica que ya haya comenzado.
- La falta de pago de la prima adeudada dará lugar a la cancelación de la cobertura y a la pérdida de cualquier pago parcial.
- Nadie puede inscribirse en más de un plan estatal de beneficios de salud, bajo ninguna circunstancia. Si se determina que una persona tiene cobertura por error, el plan tiene derecho a tomar las medidas correctivas pertinentes.

Las cuentas de gastos flexibles le permiten reservar parte de su salario cada año antes de impuestos para cuidado médico o cuidado de dependientes elegibles. Rige una tarifa administrativa mensual antes de impuestos para una o ambas cuentas. Comuníquese con el administrador de beneficios de su agencia o visite el sitio web de DHRM para obtener más información.

- Las cuentas de gastos flexibles deben usarse solamente para pagar gastos calificados por el IRS, y únicamente para dependientes elegibles según el IRS.
- Los miembros inscritos deben agotar todas las demás fuentes de reembolso (incluidas las previstas en los planes del empleador) antes de solicitar un reembolso de una cuenta de gastos flexible. No podrán solicitar reembolso a través de ninguna otra fuente.
- Los miembros inscritos deben recopilar y mantener documentación suficiente para validar el reembolso de una cuenta de gastos flexible.

Definiciones de elegibilidad y Documentación requerida

Dependientes	Definición de elegibilidad	Documentación requerida
Cónyuge	El matrimonio debe estar reconocido como una unión legal en el Commonwealth of Virginia. Nota: Los ex cónyuges no serán elegibles, incluso si tienen una orden judicial.	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia certificada o registrada del acta de matrimonio, y • Fotocopia de la sección superior de la primera página de la declaración de impuestos federales más reciente del empleado, donde conste que el dependiente aparece consignado como "cónyuge". NOTA: Toda la información financiera y los números del seguro social pueden estar tachados.
Hijo/Hija natural o adoptivo	Los hijos/hijas pueden tener cobertura hasta el final del año en que cumplen los 26 años de edad.	<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	Los hijastros/hijastras pueden tener cobertura hasta el final del año en que cumplen los 26 años de edad. Nota: Los hijastros/hijastras son elegibles mientras que sus padres naturales sigan siendo elegibles.	<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: Toda la información financiera y los números del seguro social pueden estar tachados.
Otros menores	Un hijo o hija no casado sobre quien un tribunal haya emitido una orden que exige al empleado (y/o al cónyuge legal del empleado) que asuma la custodia exclusiva permanente podrá tener cobertura hasta el final del año en que el menor cumpla los 26 años de edad, si se cumplen las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • el lugar principal de residencia es con el empleado; • es miembro del hogar del empleado; • recibe más de la mitad de su sustento 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 para empleados al Programa de Beneficios de Salud del Estado



Revise cada sección y complete cuidadosamente EN LETRA DE IMPRENTA su información de inscripción. Si necesita información sobre la elegibilidad para beneficios de salud del estado, visite el sitio web del Departamento de Gestión de Recursos Humanos (DHRM), 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 Id. de empleado o número de Seguro Social

Fecha de nacimiento _____ Género: Masculino Femenino
Mes Día Año

¡Importante! Asegúrese de verificar que la dirección tenga el formato correcto en <http://zip4.usps.com/zip4/welcome.jsp>.

Dirección _____ Apartado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal + 4 _____

Correo electrónico estatal: _____ Correo electrónico personal: _____

Teléfono estatal: (_____) _____ Teléfono personal: (_____) _____ Móvil

Sección 2: Motivos de la solicitud de inscripción o cambio de opción

Marque el recuadro que corresponda.

Inscripción abierta

Inscripción inicial de empleado con elegibilidad nueva: _____
MES/DÍA/AÑO

Evento calificado de la mitad del año (Evento de vida) Documento que avala el evento

Marque el tipo de evento debajo y adjunte la documentación de respaldo pertinente según se indica. Fecha del evento: _____
MES/DÍA/AÑO

Eventos compatibles con la incorporación de familiares a la cobertura:

- Matrimonio (acta de matrimonio certificada)
- Nacimiento o adopción (certificado de nacimiento/aviso del hospital o acuerdo de adopción)
- Sentencia judicial, decreto u orden para añadir un hijo (orden judicial)
- Pérdida de elegibilidad en virtud del plan gubernamental (documentación del gobierno)
- Pérdida de elegibilidad para Medicare o Medicaid (documentación del gobierno)
- Pérdida de elegibilidad del cónyuge o hijo para el plan de sus respectivos empleadores (documentación del gobierno)

Eventos compatibles con la eliminación de familiares de la cobertura:

- Divorcio (sentencia de divorcio)
- Fallecimiento de cónyuge (documentación que confirme el fallecimiento)
- Fallecimiento de cónyuge (documentación que confirme el fallecimiento)
- Pérdida de la elegibilidad de un hijo cubierto por el plan (documentación de respaldo)
- Sentencia judicial, decreto u orden para eliminar a un hijo de los dependientes (orden judicial)
- Adquisición de la elegibilidad para Medicare o Medicaid (documentación del gobierno)
- Adquisición de la elegibilidad por parte del cónyuge o hijo para el plan de sus respectivos empleadores (documentación del gobierno)

Otros eventos:

- Cambio de empleo: De tiempo completo a medio tiempo
 De medio tiempo a tiempo completo
- Comienzo de una licencia sin goce de sueldo
- Fin de una licencia sin goce de sueldo
- Cambio en el costo de los cuidados o la cobertura del dependiente (documentación del proveedor de cuidados del dependiente)
- Inscripción especial en virtud de la HIPAA por pérdida de otra cobertura (certificado de la HIPAA)
- Mudanza que afecta la elegibilidad para el plan de cuidado médico (la agencia debe corroborar la mudanza)
- Otro periodo de Inscripción abierta o cambio de plan del empleador (documentación del empleador)
- Inscripción en un plan de salud del mercado de seguros (documentación de la inscripción a la cobertura del mercado de seguros y fecha de entrada en vigencia de la cobertura)

Añadir a la membresía familiar vigente (documento que avale la elegibilidad)

Sección 3: Elección de Cuenta de Gastos Flexible (FSA) – Debe inscribirse cada año del plan

Para inscribirse en una FSA o cambiar de FSA, ingrese el monto anual que desea que se le deduzca. Si necesita ayuda para elegir sus opciones de monto anual, complete la hoja de cálculo para la FSA que está disponible en el sitio web del DHRM en www.dhrm.virginia.gov o que puede solicitarle a su administrador de beneficios.

No deseo participar en una FSA.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE PARA CUIDADO MÉDICO

Para gastos médicos elegibles en los que usted, su cónyuge y sus dependientes elegibles hayan incurrido. (El aporte máximo permitido es de \$3,200).

Monto anual = _____

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE PARA CUIDADO DE DEPENDIENTES

Para gastos en cuidados para sus dependientes elegibles en los que usted, su cónyuge y sus dependientes hayan incurrido. (El aporte máximo permitido es de hasta \$5,000, dependiendo de su situación tributaria).

Monto anual = _____

A10740 (02/2024)

Sección 4: Elección de cobertura de cuidado médico

- No deseo contar con una cobertura de cuidado de la salud
 Ningún cambio en mis opciones de plan médico actual y familiares/nivel de membresía
(Si marcó cualquiera de los recuadros de arriba, proceda a la Sección 5).

A. Selección de Plan médico – Marque el recuadro que corresponda

- Ningún cambio en mi plan de salud actual

PLANES MÉDICOS ESTATALES

Administrados por Anthem Blue Cross Blue Shield*

- COVA Care (con beneficio dental preventivo) (ACCO)
 COVA Care + Beneficio fuera de la red (ACC1)
 COVA Care + Cobertura dental ampliada (ACC2)
 COVA Care + Beneficio fuera de la red y Cobertura dental ampliada (ACC3)
 COVA Care + Cobertura dental ampliada + Beneficio para la visión y la audición (ACC4)
 COVA Care + Beneficio fuera de la red + Cobertura dental ampliada + Beneficio para la visión y la audición (ACC5)
 COVA HDHP - High Deductible Plan (con beneficio dental preventivo) (CHD)
 COVA HDHP - High Deductible Plan + Cobertura dental ampliada (CHD1)

Administrados por Aetna*

- COVA HealthAware (con beneficio dental preventivo) (CHA)
 COVA HealthAware + Cobertura dental ampliada (CHA2)
 COVA HealthAware + Cobertura ampliada para servicios dentales y de la visión (CHA1)

Administrados por Selman & Company

- TRICARE Supplement (TRC)
 Núm. DEERS _____ (obligatorio)

*Los beneficios de farmacia de Anthem se administran a través de CarelonRx. Delta Dental es quien administra los beneficios dentales.

PLANES MÉDICOS REGIONALES

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

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

Administrados por Sentara Health Plans

- Sentara Health Plans HMO (antes, Optima) – disponible principalmente en los códigos postales del área de Hampton Roads (OH)

B. Miembros de la familia. Marque el recuadro que corresponda.

- Sin cambios en mis familiares cubiertos actuales
 No deseo darle cobertura a ningún familiar
 Deseo darle cobertura a los familiares elegibles que detallo debajo. *(Nota: Tendrá que presentar documentación para añadir familiares a su cobertura).*

PARENTESCO CÓDIGO**	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NAC. MM/DD/AAAA	SEGURO SOCIAL NÚMERO
Cónyuge					
Hijos					

**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 revisé y comprendí la información de elegibilidad e inscripción del Programa Estatal de Beneficios de Salud y acepto cumplir con todos los requisitos de participación. Certifico que todos los dependientes que se detallan cumplen con los requisitos de elegibilidad del programa y que la información que suministré en este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender. Comprendo que suministrar información incorrecta de manera intencional se considera perjurio y será sancionado dentro de los límites legalmente permitidos. Comprendo que el plan de salud y sus socios comerciales tienen derecho a usar información protegida sobre salud relacionada con el tratamiento, pago y operaciones del plan de salud según lo establecido por la HIPAA. Comprendo que la participación en una Cuenta de Gastos Flexible (FSA) es totalmente voluntaria y que los pagos de mi FSA se revisan de forma independiente para chequear el cumplimiento de las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS). También comprendo que el IRS me exige reembolsarle al Plan cualquier monto por un reembolso inapropiado, erróneo o en exceso que no haya resuelto dentro del plazo provisto por el Plan. En virtud del §40.1-29(C) del Código de Virginia, al inscribirme en una FSA, autorizo específicamente a Commonwealth of Virginia a retirar de mi salario después de los impuestos los montos que sean necesarios para reponer mi FSA por cualquier reembolso inapropiado, erróneo o en exceso.

Indique su nombre en imprenta _____

Firme aquí _____ Fecha _____

Sección 6: Verificación y aprobación de la agencia

Es su responsabilidad revisar y confirmar este documento para asegurarse de que los cambios que se hicieron sean correctos.

Fecha de recepción _____ Fecha en que fue ingresado _____ Fecha de entrada en vigencia _____
Mes/día/año Mes/día/año Mes/día/año

Nombre de contacto (en letra de imprenta) _____ Teléfono _____ Agencia/Número de grupo _____/_____

Núm. de id. del empleado o número de Seguro Social _____

2024-25 Language Assistance Statement State Health Benefits Program

The Commonwealth of Virginia's State and Local Health Benefits Programs (the "Health Plan") complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Our Nondiscrimination Notice lists the services available and how to file a complaint if you feel that the Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way.

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 የሚናገሩት ቋንቋ እርዳታ የሚፈልጉ ከሆነ, የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች ከክፍያ 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 जरूरत 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 dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-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 faksi 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.