



## Programa Estatal de Beneficios de Salud

### Formulario de inscripción y elegibilidad para empleado activo

#### Visión general

A continuación, se brinda información general sobre la inscripción y la elegibilidad para el Programa de Beneficios de Salud del Estado de Virginia para los empleados. Esta información no tiene por objeto sustituir el Manual del miembro ni ningún otro documento del plan. Para obtener información más detallada o una aclaración, visita el sitio web del DHRM aquí [www.dhrm.virginia.gov](http://www.dhrm.virginia.gov) o comunícate con tu administrador de los beneficios. La participación en el Programa Estatal de Beneficios de Salud está sujeta a las cláusulas actuales del programa, las regulaciones y leyes estatales y federales, así como a la disponibilidad del plan. El Estado de Virginia se reserva el derecho de cambiar tu inscripción a fin de garantizar el cumplimiento.

#### ¿Cuándo puedo solicitar la inscripción o cambios de elección?

##### Quando pases a ser elegible

Para la cobertura de salud y cuentas de gastos flexibles, solicita la inscripción en el plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de contratación o en la que pasaste a ser elegible. La cuenta regresiva comienza el día del evento. Una vez que has presentado una elección válida durante este plazo de inscripción y la elección se hace efectiva, es obligatoria y no puede modificarse. Cuando se añaden dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que demuestre la elegibilidad. **Si no tienes la documentación, no dejes pasar el plazo de inscripción. Los documentos se pueden presentar más tarde. Consulta al administrador de los beneficios de tu agencia.**

##### Durante la inscripción abierta

El periodo de inscripción abierta tiene lugar en la primavera, todos los años, y es tu oportunidad de inscribirte o cambiar las elecciones en la cobertura de salud y de inscribirte en las cuentas de gastos flexibles (FSA), vigente a partir del 1.º de julio. Cuando se añaden dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que demuestre la elegibilidad. **Si no tienes la documentación, no dejes pasar el plazo de inscripción. Los documentos se pueden presentar más tarde. Consulta al administrador de los beneficios de tu agencia.**

##### Eventos calificados de mitad de año

Ciertos eventos calificados de mitad de año (eventos de vida) permiten realizar cambios de elección específicos fuera del periodo de inscripción abierta, incluso cambios al plan y la membresía. Estos eventos comprenden, entre otros, cambios en el empleo, cambios en el estado civil, cambios en la cantidad de miembros de la familia elegibles y cambios que afectan el empleo de un miembro de la familia cubierto. La solicitud de cambio debe recibirse en el plazo de 60 días calendario a partir del evento y debe ser a causa del evento y en consonancia con este. La cuenta regresiva comienza el día del evento. Una vez que has presentado una elección válida durante este plazo de inscripción y la elección se hace efectiva, es obligatoria y no puede modificarse. Te solicitarán que presentes documentación de respaldo respecto del evento calificado de mitad de año (evento de vida). *Hay una lista completa de los eventos calificados de mitad de año (eventos de vida) disponible en el sitio web del DHRM y en el formulario de inscripción adjunto.* Cuando se añaden dependientes a la cobertura, se requiere documentación de respaldo que demuestre la elegibilidad. **Si no tienes la documentación, no dejes pasar el plazo de inscripción. Los documentos se pueden presentar más tarde. Consulta al administrador de los beneficios de tu agencia.**

Si rechazas la inscripción para ti o tus dependientes (incluso tu cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de plan médico grupal, es posible que, en virtud de una *inscripción especial conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA)*, puedas inscribirte tú y a tus dependientes elegibles en este plan si tú o tus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a la otra cobertura, tuya o de tus dependientes). Sin embargo, debes solicitar la inscripción en el plazo de 60 días a partir del día en que la otra cobertura, tuya o de tus dependientes, finaliza (o luego de que el empleador deje de aportar a la otra cobertura). Además, si tienes un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedas inscribirte tú y a tus dependientes. Sin embargo, debe solicitarse la inscripción en el plazo de 60 días posterior al matrimonio, nacimiento, adopción o 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 determinados empleados y dependientes elegibles que pierden la cobertura o pasan a ser elegibles para recibir una asistencia con la prima en virtud de un programa de seguro médico para niños o de Medicaid. Los empleados deben solicitar los cambios de cobertura en el plazo de 60 días a partir de la determinación de elegibilidad.

Para solicitar una *inscripción especial conforme a la HIPAA* u obtener más información, comunícate con el administrador de los beneficios de tu agencia.

## ¿Cuáles son las opciones de elección disponibles?

**Cobertura médica** en la mayoría de los casos abarca servicios médicos, dentales, de farmacia y salud del comportamiento. Determinados miembros de la familia que reúnen los requisitos de elegibilidad y normativos también pueden estar cubiertos. Debe suministrarse documentación de respaldo para poder añadir miembros de la familia.

- Los empleados que inscriben o no quitan a un miembro de la familia que no es elegible para la cobertura pueden estar sujetos a una medida disciplinaria y a ser excluidos del Programa Estatal de Beneficios de Salud por un periodo de hasta tres años.
- Puedes disponer de la continuidad de la cobertura para ti y los miembros de la familia cubiertos que pierdan la elegibilidad en virtud del Programa Estatal de Beneficios de Salud; excepto que te inscribas en el plan complementario TRICARE. Hay más información sobre la cobertura extendida (COBRA) en el sitio web del DHRM o puedes solicitarla al administrador de los beneficios. La información sobre la transferibilidad para el plan complementario TRICARE la dispone el administrador del plan.
- Las primas de salud están sujetas a cambios cada 1.º de julio.
- Las primas que se deducen de la nómina se retienen según la base antes de impuestos.
- Los empleados están obligados a pagar cualquier mes de cobertura médica ya comenzado.
- El no pago de la prima adeudada conllevará la cancelación de la cobertura y la pérdida del pago parcial.

**Las cuentas de gastos flexibles** te permiten separar parte de tu salario cada año, antes de impuestos, para los gastos médicos elegibles o de dependientes. Hay una tarifa administrativa antes de impuestos mensual para una o ambas cuentas. Para obtener más información, visita el sitio web del DHRM o comunícate con el administrador de los beneficios de tu agencia.

- Una cuenta de gastos flexibles solo debe usarse para pagar los gastos calificados conforme al Servicio de Impuestos Internos (IRS) y solo para los dependientes elegibles conforme al IRS.
- Los inscritos deben agotar todos los otros recursos de reembolso (incluso aquellos provistos en virtud de un plan del empleador) antes de procurar obtener el reembolso de una cuenta de gastos flexibles. No deben procurar obtener el reembolso a través de ninguna otra fuente.
- Los inscritos deben recabar y conservar documentación suficiente para validar el reembolso de una cuenta de gastos flexibles.

## Elegibilidad: definiciones y documentación requerida

| Dependientes                        | Definición de elegibilidad   | Documentación requerida   |
|-------------------------------------|--|---|
| <b>Cónyuge</b>                      | El matrimonio debe ser reconocido como legal en el Estado de Virginia.<br><b>Nota: Los excónyuges no serán elegibles, aun cuando medie una orden judicial.</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia del certificado de matrimonio certificado o registrado. <b>Y</b></li> <li>• Fotocopia de la parte superior de la primera página de la declaración federal de impuestos más reciente del empleado donde figure el dependiente como "cónyuge". <b>NOTA:</b> Toda la información financiera y los números de Seguro Social pueden editarse.</li> </ul>  |
| <b>Hijo/hija natural o adoptado</b> | Un hijo o una hija pueden estar cubiertos hasta el final del año en que cumplan 26 años.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia de la partida de nacimiento o del acuerdo de adopción legal donde figure el nombre del empleado. (Nota: Si se trata de un acuerdo legal preadoptivo, debe ser revisado y aprobado por la Oficina de Beneficios de Salud (Office of Health Benefits)).</li> </ul>   |
| <b>Hijastro o hijastra</b>          | Un hijastro o una hijastra pueden estar cubiertos hasta el final del año en que cumplan 26 años.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia de la partida de nacimiento (o del acuerdo de adopción) donde figure el nombre del cónyuge del empleado. <b>Y</b></li> <li>• Fotocopia del certificado de matrimonio donde figure el nombre del empleado y del progenitor del dependiente. <b>Y</b></li> <li>• Fotocopia de la declaración federal de impuestos más reciente donde figure el progenitor del dependiente como "cónyuge". <b>NOTA:</b> Toda la información financiera y los números de Seguro Social pueden editarse.</li> </ul> |
| <b>Otro hijo o hija</b>             | Un hijo soltero o una hija soltera respecto de los cuales un tribunal haya ordenado al empleado (y/o al cónyuge legal del empleado) que asuma la custodia permanente exclusiva pueden estar cubiertos hasta el final del año en que cumpla los 26 años si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El lugar de residencia principal es con el empleado.</li> <li>• Es miembro del hogar del empleado.</li> <li>• Recibe más de la mitad de su manutención del empleado. <b>Y</b></li> <li>• La custodia se concedió antes de que el menor cumpliera 18 años.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotocopia de la orden judicial definitiva que concede la custodia permanente con la firma del juez que preside.</li> </ul>   |

# Formulario de inscripción en el Programa Estatal de Beneficios de Salud para empleados



Revisa cada sección y completa cuidadosamente EN LETRA DE IMPRENTA tu información de inscripción. Si necesitas información sobre la elegibilidad para recibir los beneficios de salud del estado, visita el sitio web del DHRM aquí [www.dhrm.virginia.gov](http://www.dhrm.virginia.gov) o comunícate con tu administrador de los beneficios.

## Sección 1: Información personal

Nombre \_\_\_\_\_ Núm. de identificación \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Identificación de empleado o Núm. de Seguro Social

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  
Mes Día Año

¡Importante! Asegúrate de verificar el formato correcto de tu dirección aquí <http://zip4.usps.com/zip4/welcome.jsp>.

Dirección \_\_\_\_\_ Casilla postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal + 4 \_\_\_\_\_

Correo electrónico estatal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_

Teléfono estatal: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono personal: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  Celular

## Sección 2: Motivo para la solicitud de inscripción o cambio de elección

Marca la casilla que corresponda.

Inscripción abierta

Inscripción inicial para nuevo empleado elegible: \_\_\_\_\_  
MES/DÍA/AÑO

Evento calificado de mitad de año (evento de vida)/Documentación de prueba del evento

Marca el tipo de evento a continuación y adjunta la documentación de respaldo pertinente según se indica.

Fecha del evento: \_\_\_\_\_  
MES/DÍA/AÑO

### Eventos compatibles con la adición de familiares a la cobertura:

- Matrimonio (acta de matrimonio certificada).
- Nacimiento o adopción (acta de nacimiento/aviso del hospital o acuerdo de adopción).
- Juicio, decreto u orden para agregar un hijo (orden judicial).
- Pérdida de elegibilidad en virtud del plan gubernamental (documentación del gobierno).
- Pérdida de elegibilidad en virtud de Medicare o Medicaid (documentación del gobierno).
- Pérdida de elegibilidad del cónyuge o hijo en virtud del plan de su empleador (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 un hijo (documentación que confirme el fallecimiento).
- Pérdida de elegibilidad de hijo cubierto por el plan (documentación de respaldo).
- Juicio, decreto u orden para quitar a un hijo (orden judicial).
- Pasó a ser elegible para Medicare o Medicaid (documentación del gobierno).
- Cónyuge o hijo pasaron a ser elegibles en virtud del plan de su empleador (documentación del empleador).

### Otros eventos:

- Cambio en el empleo:  De tiempo completo a medio tiempo  De medio tiempo a tiempo completo.
- Comienzo de la licencia sin goce de sueldo.
- Fin de la licencia sin goce de sueldo.
- Cambio en el costo del cuidado o la cobertura del dependiente (documentación del proveedor de cuidados médicos del dependiente).
- Inscripción especial en virtud de la HIPAA debido a la pérdida de otra cobertura (certificado de la HIPAA).
- Mudanza que afecta la elegibilidad para el plan médico (la agencia debe corroborar la mudanza).
- Inscripción abierta o cambio de plan por parte de otros empleadores (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 fecha de entrada en vigencia de la cobertura).

Añadir a la membresía familiar existente (documentación que avale la elegibilidad)

## Sección 3: Elección de cuenta de gastos flexibles (FSA): debes inscribirte cada año del plan

Para inscribirte a una cuenta FSA o cambiar de FSA, ingresa el monto anual que deseas que se te deduzca. Si necesitas asistencia para determinar el monto de elección anual, completa la hoja de trabajo para la cuenta FSA que está disponible en el sitio web del DHRM aquí [www.dhrm.virginia.gov](http://www.dhrm.virginia.gov) o solicítala a tu administrador de los beneficios.

No deseo participar en una cuenta FSA.

### CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA GASTOS MÉDICOS

Para gastos médicos elegibles incurridos por ti, tu cónyuge y tus dependientes elegibles. (El aporte máximo permitido es de hasta \$2,850).

Monto anual = \_\_\_\_\_

### CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA CUIDADO DEL DEPENDIENTE

Para gastos de cuidado del dependientes elegible incurridos por ti, tu cónyuge y tus dependientes elegibles. (El aporte máximo permitido es de hasta \$5,000, según tu situación tributaria).

Monto anual = \_\_\_\_\_

A10595 (3/2022)

## Sección 4: Elección de cobertura médica

- No deseo contar con una cobertura médica.  
 Ningún cambio en mi selección de plan médico actual y familiares/nivel de membresía  
*(Si marcaste cualquiera de las casillas de arriba, ve a la Sección 5).*

### A. Selección de plan médico. Marca la casilla que corresponda.

- Ningún cambio a mi 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 ampliado (ACC2)  
 COVA Care + Fuera de la red y Cuidado dental ampliado (ACC3)  
 COVA Care + Cuidado dental ampliado + Cuidado de la vista y audición (ACC4)  
 COVA Care + Fuera de la red + Cuidado dental ampliado + Cuidado de la vista y audición (ACC5)  
 COVA HDHP - Plan de deducible alto (con servicio dental preventivo) (CHD)  
 COVA HDHP - Plan de deducible alto + Cuidado dental ampliado (CHD1)

##### Administrados por Aetna\*

- COVA HealthAware (con cuidado dental preventivo) (CHA)  
 COVA HealthAware + Cuidado dental ampliado (CHA2)  
 COVA HealthAware + Cuidado de la vista y dental ampliado (CHA1)

##### Administrados por Selman & Company

- Plan complementario TRICARE (TRC)  
 Núm. DEERS \_\_\_\_\_ (obligatorio)

\*El Plan de Farmacia de Anthem provisto por IngenioRx administra los beneficios de farmacia. Delta Dental 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 de Northern Virginia, Central Virginia y Northern Neck (KP)

##### Administrado por Optima

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

### B. Familiares. Marca la casilla que corresponda.

- Sin cambios en mis familiares cubiertos actuales.  
 No deseo darle cobertura a ningún familiar.  
 Deseo darle cobertura a los familiares elegibles indicados a continuación.

*(Nota: Tendrás que presentar documentación para añadir familiares a tu cobertura).*

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

\*\*Códigos de relación: SM=cónyuge masculino SF=cónyuge femenina 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 comprendo la información sobre elegibilidad e inscripción del Programa Estatal de Beneficios de Salud y acepto cumplir con todos los requisitos de participación. Certifico que todos los dependientes listados cumplen con los requisitos de elegibilidad del programa y que la información que suministré en este formulario está completa y es precisa, según mi leal saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta de manera intencional se considera perjurio y será sancionado en el grado máximo en que la ley lo permita. Entiendo que el plan médico y sus socios de negocio tienen derecho a usar información de salud protegida en relación con el tratamiento, pago y operaciones del plan médico según lo establecido por la HIPAA. Entiendo que la participación en una cuenta de gastos flexibles (FSA) es totalmente voluntaria y que los pagos de mi cuenta FSA se revisan de forma independiente para chequear el cumplimiento de las regulaciones del 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 cuenta FSA, autorizo específicamente al Estado de Virginia a retener de mi salario, después de impuestos, los montos que sean necesarios para reponer los fondos de mi cuenta FSA correspondientes a cualquier reembolso inapropiado, erróneo o en exceso.

Tu nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma aquí \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Sección 6: Verificación y aprobación de la agencia

*Es tu responsabilidad revisar y confirmar este documento para asegurarte de que los cambios que se hicieron son 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 \_\_\_\_\_ Núm. de agencia/grupo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Identificación de empleado o Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_



Virginia Department of  
**HUMAN RESOURCE  
MANAGEMENT**

## 2022-23 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](mailto: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](mailto: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.gov](mailto:appeals@dhrm.virginia.gov)하는 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:appeals@dhrm.virginia.gov) o fax sa 804-786-0356.