

El empleado debe completar esta solicitud y es enteramente responsable de su exactitud e integridad. A fin de evitar retrasos, responda **todas** las preguntas. Asegúrese de firmar y fechar su solicitud junto con todos los archivos adjuntos y devuélvala al Administrador de Grupo.

Sección I: Estatus del empleado				
Nombre del patrocinador del plan/grupo		¿Usted es empleado activo a tiempo completo? ☐ SÍ ☐ NO (Si no lo es, explique el motivo a continuación). Motivo: _____		Fecha de contratación a tiempo completo DD MM AAAA
Estatus del empleo. Solo seleccione uno.				
☐ Horario: Horas trabajadas en la semana: _____		☐ Asalariado: necesario si el plan de seguro de vida temporal colectivo es con base en el sueldo Sueldo anual \$ _____		☐ Otro: <i>marque uno.</i> ☐ Administrativo ☐ No administrativo
Marque uno:				
☐ Empleado nuevo o ☐ Inscripción abierta o ☐ Inscripción debido a un evento calificador. Si se inscribe por un evento calificador, selecciónelo.				
Tipo de evento calificador				
☐ Parto ☐ Matrimonio (adjunte copia del acta de matrimonio) ☐ Jubilación ☐ COBRA (complete la continuidad estatal de la COBRA* de Arkansas que está más adelante)				
☐ Pérdida de otra cobertura: última fecha de cobertura: _____ nombre del proveedor _____				
☐ Otro: _____				
Continuidad estatal de la COBRA de Arkansas				
Fecha de entrada en vigor (DD/MM/AAAA)	Fecha de culminación (DD/MM/AAAA)	Motivo para la continuidad de cobertura estatal de la COBRA de Arkansas		

* Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)

Sección II. Exención de cobertura. Se DEBE completar esta sección si usted o sus dependientes rechazan una o todas las coberturas.	
☐ Seleccione aquí si rechaza UNO , pero no todos los beneficios que su empleador le ofrece. - Complete esta solicitud y el <i>Formulario de rechazo de cobertura</i> (p. 5). - Si rechaza la cobertura para su cónyuge o sus dependientes, debe notificarlo en el <i>Formulario de rechazo de cobertura</i> (p. 5).	
☐ Seleccione aquí si rechaza TODOS los beneficios que su empleador le ofrece y complete el <i>Formulario de rechazo de cobertura</i> (p. 5).	

Sección III. Selección de beneficios				
Con base en lo que su empleador le ofrece, seleccione (✓) las siguientes casillas para <u>cada</u> tipo de cobertura que usted, su cónyuge o sus dependientes escogerán. <i>Seleccione todas las que correspondan.</i>	Solo el empleado	Empleado y cónyuge	Empleado e hijos	Empleado y familia
Cobertura médica	☐	☐	☐	☐
Cobertura odontológica Pregúntele a su empleador si ofrece odontología antes de seleccionar.	☐	☐	☐	☐
Cobertura oftalmológica Pregúntele a su empleador si ofrece oftalmología antes de seleccionar.	☐	☐	☐	☐
Seguro colectivo de vida y por muerte y desmembramiento accidental (Accidental death and dismemberment, AD&D) temporal Pregúntele a su empleador si ofrecen seguro de vida y por AD&D temporal antes de seleccionar. NOTA: Esta cobertura solo está disponible para empleados activos a tiempo completo que devenguen un salario W-2.	☐			
Seguro de vida para dependiente	☐ SÍ ☐ NO			

Sección IV. Información del empleado							
Nombre legal del empleado (<i>primer nombre, apellido e inicial del segundo nombre</i>)			N.º del Seguro Social		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Sexo M ☐ F ☐	
Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo	N.º de teléfono del hogar	N.º de teléfono del trabajo	N.º de teléfono celular	Dirección de correo electrónico			
Dirección física (NO se permiten apartados postales)			Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
Dirección postal (si es la misma que la dirección física, indique "IGUAL". Si es apartado postal debe incluir la dirección física escrita anteriormente)			Ciudad	Estado	Código postal	Condado	

Sección V. Información del dependiente. Complete esta sección para todos los dependientes a cubrir. Adjunte otra hoja, de ser necesario. Firmela, féchela y adjúntela a la presente solicitud. NOTA: Es necesario el número del Seguro Social conforme a los reglamentos de los Centros de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS).				
■ Nombre legal del cónyuge (<i>primer nombre, apellido e inicial del segundo nombre</i>)	Código postal de residencia	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Sexo M ☐ F ☐
■ Seleccione(✓) uno: ☐ Hijo biológico ☐ Hijastro ☐ Hijo adoptado ☐ Custodia legal permanente				
Nombre legal del dependiente (<i>primer nombre, apellido e inicial del segundo nombre</i>)	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Sexo M ☐ F ☐	
Dirección (SOLO si es diferente a la dirección del empleado en la Sección IV)	Ciudad	Estado	Código postal	
■ Seleccione(✓) uno: ☐ Hijo biológico ☐ Hijastro ☐ Hijo adoptado ☐ Custodia legal permanente				
Nombre legal del dependiente (<i>primer nombre, apellido e inicial del segundo nombre</i>)	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Sexo M ☐ F ☐	
Dirección (SOLO si es diferente a la dirección del empleado en la Sección IV)	Ciudad	Estado	Código postal	
■ Seleccione(✓) uno: ☐ Hijo biológico ☐ Hijastro ☐ Hijo adoptado ☐ Custodia legal permanente				
Nombre legal del dependiente (<i>primer nombre, apellido e inicial del segundo nombre</i>)	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Sexo M ☐ F ☐	
Dirección (SOLO si es diferente a la dirección del empleado en la Sección IV)	Ciudad	Estado	Código postal	
■ Seleccione(✓) uno: ☐ Hijo biológico ☐ Hijastro ☐ Hijo adoptado ☐ Custodia legal permanente				
Nombre legal del dependiente (<i>primer nombre, apellido e inicial del segundo nombre</i>)	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Sexo M ☐ F ☐	
Dirección (SOLO si es diferente a la dirección del empleado en la Sección IV)	Ciudad	Estado	Código postal	
NOTA IMPORTANTE: Al firmar la Sección VIII de esta solicitud, certifica que cada "hijo" incluido anteriormente tenga menos de 26 años , ya sea su hijo, hijastro, una persona que haya adoptado legalmente; una persona que se haya puesto en adopción legal con usted; o una persona de cuya custodia legal permanente usted sea responsable. Un hijo de acogida temporal NO es elegible para inscribirlo como su "hijo".				
¿Tiene dependientes discapacitados de 26 años o más? ☐ SÍ ☐ NO Si seleccionó SÍ , nombres legales: _____ Presente la Solicitud por Dependiente Discapacitado para Extensión de Cobertura (en <i>QualChoice.com</i> , seleccione <i>Already a Member?</i> [¿ya es miembro?]) y luego <i>Find a Form or Document</i> [busque un formulario o documento]).				

Sección VI. Otros seguros médicos. Complete esta sección SOLO si escogió Cobertura médica en la Sección III .		
¿Usted, su cónyuge o sus dependientes continuarán con alguna otra póliza de cobertura médica, incluida Medicare? ☐ SÍ ☐ NO Si seleccionó SÍ , complete la Parte 1 o la Parte 2 a continuación <i>según corresponda</i> . Use otra hoja si es necesario. Firmela, féchela y adjúntela a la presente solicitud.		
Parte 1: Medicare		
Seleccione (✓) el motivo para la cobertura de Medicare: ☐ Mayor de 65 años ☐ Discapacitado ☐ Enfermedad renal	Nombre legal del beneficiario de Medicare	N.º de Contacto de Identificación Sanitaria (Health Identification Contact, HIC) de Medicare
Tipo de cobertura de Medicare — <i>Seleccione (✓) todas las que correspondan</i> ☐ Fecha de entrada en vigor de la Parte A de Medicare _____ ☐ Fecha de entrada en vigor de la Parte B de Medicare _____ ☐ Fecha de entrada en vigor de la Parte D de Medicare _____		

Parte 2: Diferente a Medicare. Si la cobertura médica es una diferente a Medicare, complete la siguiente información. Si está cubierto por más de un plan de póliza, use una hoja adicional. Fírmela, féchela y adjúntela a la presente solicitud.

Nombre de la compañía aseguradora			N.º de teléfono	
Nombre del titular de la póliza (<i>apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre</i>)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	N.º de identificación del titular de la póliza	Fecha de entrada en vigor de la póliza (DD/MM/AAAA)	

Incluya a continuación todas las personas que están cubiertas por esta póliza.

Nombre legal (<i>apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre</i>)	Parentesco	Fecha de entrada en vigor de la póliza (DD/MM/AAAA)

¿Usted es responsable de brindarles la póliza de cobertura médica principal a todas las personas mencionadas anteriormente? ☐ SÍ ☐ NO

Si seleccionó **NO**, nombre las partes responsables: _____

Sección VII. Plan de seguro de vida temporal colectivo y seguro por AD&D

NOTA: El plan de seguro de vida temporal colectivo y el seguro por AD&D solo están disponibles para empleados activos a tiempo completo que devenguen un salario W-2.

Declaro que las personas escogidas a continuación son beneficiarios conforme el certificado y anulo la designación de cualquier beneficiario existente. El total debe ser igual al 100 %. **Nota:** El empleado es beneficiario del seguro de vida del dependiente.

PRINCIPAL			Parentesco	Porcentaje
Apellido legal	Primer nombre legal	MI*		_____ %
Apellido legal	Primer nombre legal	MI		_____ %
Apellido legal	Primer nombre legal	MI		_____ %

* Inicial del segundo nombre (Middle Initial, MI).

100 %

BENEFICIARIO CONTINGENTE			Parentesco	Porcentaje
Apellido legal	Primer nombre legal	MI		_____ %
Apellido legal	Primer nombre legal	MI		_____ %
Apellido legal	Primer nombre legal	MI		_____ %

100 %

Sección VIII. Entendimientos, declaraciones y acuerdos. *Si la solicitud se presenta debido a un evento calificador o a una contratación nueva, el Administrador patrocinador del grupo o plan debe firmarla.*

Al firmar la presente:

- Acepto que la cobertura está suscrita conforme a lo siguiente:
 - Planes de Lugar de Servicio (Point of Service, POS), planes de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organizations, HMO): QCA Health Plan, Inc.
 - Planes de Organizaciones de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO), planes odontológicos, plan de seguro de vida temporal colectivos y por AD&D: QualChoice Life y Health Insurance Company, Inc.
 - Planes oftalmológicos: National Guardian Life Insurance Company; administrada por Superior Vision Services, Inc.
- Entiendo (entendemos) que los beneficios para los que seré (seremos) elegibles están descritos en las pólizas que la compañía que suscribe tiene con mi empleador y que podrían estar sujetos a cambios. Asimismo, entiendo (entendemos) que la cobertura no entrará en vigor antes de que la fecha sea autorizada.
- Declaro que las afirmaciones y respuestas dadas en la presente solicitud (o en cualquier anexo presente) son verdaderas, completas y registradas de forma correcta a mi leal saber y entender.
- Autorizo a cualquier médico, médico practicante, hospital, clínica o cualquier otro centro relacionado con la medicina, compañía de seguros o de reaseguro que posea Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) sobre cualquier condición mental o física mía o de cualquier miembro de mi familia (si corresponde) a presentarle a QualChoice, sus agentes, afiliados, reaseguradores, agencias de informes o representantes legales correspondientes cualquier parte o la totalidad de la información a utilizar para propósitos de verificación o demanda. Entiendo que los presentes registros podrían tener información creada por otras personas o entidades (incluidos proveedores de servicios médicos), así como también información con respecto al consumo de drogas o alcohol, sida/VIH, salud mental (a excepción de las notas de psicoterapia), enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud reproductiva. Entiendo que el propósito de la divulgación y uso de mi información es permitir que QualChoice, sus agentes, afiliados, reaseguradores, agencias de informes o representantes legales tomen decisiones en relación con elegibilidad, inscripción, verificación y calificación de prima de riesgo conforme lo permita la ley correspondiente.
- Entiendo lo subsiguiente como lo exige la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) y como lo solicitan las compañías que suscriben:
 - Entiendo que la información autorizada por mí para que la usen personas o entidades se podría divulgar y podría no estar protegida por las regulaciones federales sobre privacidad. La presente autorización se mantendrá vigente hasta su revocación.
- Entiendo que cualquier PHI recibida formará parte de mi registro con QualChoice, y que QualChoice no usará, divulgará ni conservará la PHI a excepción de lo exigido o autorizado por la ley. Afirmo que una fotocopia de la presente autorización tendrá tanta validez como la original. Entiendo que estará disponible una copia para mí siempre que la solicite.
- Entiendo que completo en este momento una solicitud colectiva de póliza de seguro de vida, odontológico, oftalmológico y médico y que cada respuesta debe ser completa y exacta. Yo (nosotros) solicito(amos) la cobertura colectiva médica, odontológica, oftalmológica para mí y, si el plan lo dispone, para mis dependientes. Autorizo a que cualquier contribución necesaria se descuenta de mis ingresos.
- Yo (nosotros) no he(mos) presentado al corredor o agente ni a ninguna otra persona información de salud alguna que no esté incluida en la presente solicitud. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que QualChoice no está obligada a ninguna declaración que yo (nosotros) haya(mos) hecho a cualquier corredor o agente o a cualquier otra persona, si dichas declaraciones no están escritas o impresas en esta solicitud o en cualquiera de sus anexos.
- Entiendo que cualquier declaración, omisión o tergiversación material intencional fraudulenta podría tener como consecuencia la cancelación o rescisión (anulación) de la cobertura, incluida la cobertura de los dependientes, la cual depende de ella, y que QualChoice podría recuperar cualquier suma y daños fortuitos y emergentes que se ocasionen.
- Mi firma autoriza a QualChoice a divulgar la información necesaria que QualChoice obtenga sobre mí, y sobre cualquier miembro de mi familia que esté incluido en la presente solicitud, a mi Administrador de Plan o Grupo o al corredor o agente de mi empleador. Esta autorización permite la divulgación de información en relación con consumo o abuso de sustancias, pero no autoriza la divulgación de las notas de psicoterapia según lo que se define en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), § 164.501. Entiendo que puedo anular esta autorización al enviar una nota por escrito a QualChoice, ATN.: Customer Service, P.O. Box 25610, Little Rock, AR 72221.

Cualquier persona que presente con pleno conocimiento una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o beneficio o que presente con pleno conocimiento una información falsa en una solicitud de póliza es culpable de crimen y podría estar sujeta a multas o a encarcelamiento.

Nombre legal del empleado – Escribir en letra de imprenta	Firma del empleado X	Fecha de firma (DD/MM/AAAA)
Nombre legal del Administrador patrocinador del plan o grupo – Escribir en letra de imprenta	Firma del Administrador patrocinador del plan o grupo X	Fecha de firma (DD/MM/AAAA)

NOTA: Si la solicitud se presenta debido a un evento calificador o a una nueva contratación, el Administrador del grupo o plan debe firmarla.

Guarde una copia de la presente autorización en sus registros.

Entiendo que soy elegible para solicitar una cobertura médica por medio de mi empleador. **Rechazo** la cobertura según lo seleccionado a continuación.

Nombre del patrocinador del grupo o plan	Nombre legal del empleado (apellido, nombre, MI)	N.º del Seguro Social
--	--	-----------------------

Tipo de cobertura que rechaza (seleccione las que correspondan):	☐ Médica Complete también la sección solo médica a continuación.	☐ Odontológica	☐ Oftalmológica
La cobertura no aplica para (seleccione las que correspondan):	☐ Empleado (yo) ☐ Cónyuge ☐ Dependientes	☐ Empleado (yo) ☐ Cónyuge ☐ Dependientes	☐ Empleado (yo) ☐ Cónyuge ☐ Dependientes

SOLO MÉDICA. Seleccione (✓) uno de los motivos para rechazar la cobertura médica.
☐ Cubierto por la cobertura colectiva del cónyuge Nombre del proveedor: _____
☐ Inscrito en otro plan de seguros Nombre del proveedor: _____
☐ Cubierto por Medicare/Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) o cobertura gubernamental
☐ Cubierto por TRICARE o CHAMPUS
☐ Otro (explique): _____

LEA Y FIRME MÁS ADELANTE

Al firmar más adelante, certifico lo siguiente:

- Se me ha presentado la oportunidad de solicitar la cobertura disponible por medio de mi empleador conforme a la póliza correspondiente. Se me ha explicado con detalle la cobertura y la póliza y rechacé solicitarla para mí o mis dependientes.
- Entiendo que, si rechazo solicitarla ahora y lo hago más adelante, mi solicitud podría diferirse hasta el período de inscripción anual abierta.

Período de inscripción especial. Si rechaza la inscripción para usted (incluidos sus dependientes) debido a otra cobertura de seguro, para poder inscribirse usted o inscribir a sus dependientes en el plan de su empleador en el futuro:

- Indique en este formulario que el motivo por el cual usted o sus dependientes rechazan la cobertura en este momento es porque usted o sus dependientes tienen una cobertura con otro plan conjunto médico y
- Presente una *Solicitud colectiva para empleados* para inscribirse usted o a sus dependientes en un plazo de 30 días después de que la cobertura termine en el otro plan colectivo de salud. Asimismo, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, parto, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse o inscribir a sus dependientes nuevos, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de **30 días** después del matrimonio, **90 días** después del parto, **60 días** después de la adopción o **60 días** después de hacer la solicitud de adopción.

Asimismo, si usted o sus dependientes pierden la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa de seguro médico gubernamental para menores (como CHIP o ARKids First) debido a que usted o sus dependientes ya no son elegibles, o a que usted o sus dependientes califican para asistencia por parte del estado en el pago a su empleador de las primas médicas colectivas, puede inscribirse o inscribir a sus dependientes siempre y cuando nos lo notifique en un plazo de **60 días** posteriores a la fecha del evento.

Cualquier persona que presente con pleno conocimiento una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o beneficio o que presente con pleno conocimiento una información falsa en una solicitud de póliza es culpable de crimen y podría estar sujeto a multas o encarcelamiento.

Firma del empleado - NECESARIA 	Fecha de firma (DD/MM/AAAA)
--	-----------------------------

Non-Discrimination and Accessibility Notice

QualChoice complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. QualChoice does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

QualChoice:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at (501) 228-7111. If you believe that QualChoice has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

QualChoice Civil Rights Coordinator
QualChoice
P.O. Box 25610
Little Rock, AR 72221-5610
(501) 228-7111
Fax #: 501-707-6729
QCA_COE@qualchoice.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the QualChoice Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Notice of Discrimination Grievance Procedures

It is the policy of QualChoice not to discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. QualChoice has adopted an internal grievance procedure providing for prompt and equitable resolution of complaints alleging any action prohibited by Section 1557 of the Affordable Care Act (42 U.S.C. 18116) and its implementing regulations at 45 CFR part 92, issued by the U.S. Department of Health and Human Services. Section 1557 prohibits discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability in certain health programs and activities. Section 1557 and its implementing regulations may be examined in the office of the QualChoice Civil Rights Coordinator, who has been designated to coordinate the efforts of QualChoice to comply with Section 1557 (the "Section 1557 Coordinator"):

QualChoice Civil Rights Coordinator
QualChoice
P.O. Box 25610
Little Rock, AR 72221-5610
(501) 228-7111
Fax #: 501-707-6729
QCA_COE@qualchoice.com

Any person who believes someone has been subjected to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability may file a grievance under this procedure. It is against the law for QualChoice to retaliate against anyone who opposes discrimination, files a grievance, or participates in the investigation of a grievance.

Procedure:

- Grievances must be submitted to the Section 1557 Coordinator within sixty (60) days of the date the person filing the grievance becomes aware of the alleged discriminatory action.
- A complaint must be in writing, containing the name and address of the person filing it. The complaint must state the problem or action alleged to be discriminatory and the remedy or relief sought.
- The Section 1557 Coordinator (or her/his designee) shall conduct an investigation of the complaint. This investigation may be informal, but it will be thorough, affording all interested persons an opportunity to submit evidence relevant to the complaint. The Section 1557 Coordinator will maintain the files and records of QualChoice relating to such grievances. To the extent possible, and in accordance with applicable law, the Section 1557 Coordinator will take appropriate steps to preserve the confidentiality of files and records relating to grievances and will share them only with those who have a need to know.
- The Section 1557 Coordinator will issue a written decision on the grievance, based on a preponderance of the evidence, no later than thirty (30) days after its filing, including a notice to the complainant of their right to pursue further administrative or legal remedies.
- The person filing the grievance may appeal the decision of the Section 1557 Coordinator by writing to the Vice President Corporate Responsibility within fifteen (15) days of receiving the Section 1557 Coordinator's decision. The Vice President Corporate Responsibility shall issue a written decision in response to the appeal no later than thirty (30) days after its filing.

The availability and use of this grievance procedure does not prevent a person from pursuing other legal or administrative remedies, including filing a complaint of discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability in court or with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. A person can file a complaint of discrimination electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, which is available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201.

Complaint forms are available at: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Such complaints must be filed within 180 days of the date of the alleged discrimination. QualChoice will make appropriate arrangements to ensure that individuals with disabilities and individuals with limited English proficiency are provided auxiliary aids and services or language assistance services, respectively, if needed to participate in this grievance process. Such arrangements may include, but are not limited to, providing qualified interpreters, providing taped cassettes of material for individuals with low vision, or assuring a barrier-free location for the proceedings. The Section 1557 Coordinator will be responsible for such arrangements.

QualChoice offers help for members with limited English proficiency (LEP). The following statement is printed in the top languages used in Arkansas, as required by the Federal government:

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-235-7111 (TTY: 711).

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-235-7111 (TTY: 711).

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-235-7111 (TTY: 711).

Marshallese

LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jerbal in jipañ ilo kajin ñe am ejjelōk wōṇāān. Kaalōk 1-800-235-7111 (TTY: 711).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-235-7111 (TTY: 711)。

Lao

ໂປດຊາວລາວ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່ວມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-235-7111 (TTY: 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-235-7111 (TTY: 711).

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-235-7111 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-235-7111 (TTY: 711).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-235-7111 (ATS: 711).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-235-7111 (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-235-7111 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-235-7111 (TTY: 711).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-235-7111 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-235-7111 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Gujarati

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-235-7111 (TTY: 711).