



PROCESO Y FORMULARIO DE APELACION DE QUEJAS DE MIEMBROS

Los miembros de la División de Salud Conductual (BHD) del Condado de Sonoma tienen derechos. Estos derechos incluyen informar problemas sobre los servicios recibidos. Si desea informar un problema, complete el siguiente formulario.

Entregue el formulario completo a la recepcionista

O

Envíelo por correo a la siguiente dirección:

Sonoma County Behavioral Health Division
C/O Grievance Coordinator
2227 Capricorn Way
Santa Rosa CA 95407-5419

Teléfono: 707-565-7895 o 1-800-870-8786
TTY: 711

2227 Capricorn Way • Santa Rosa, CA 95407
phone (707) 565-4850 • fax (707) 565-4892

DERECHOS DE LOS CLIENTES

Como miembro de BHD del condado de Sonoma, tiene derecho a:

- Recibir un trato digno, respetuoso y que proteja al máximo su privacidad;
- Recibir los servicios en un entorno seguro;
- Solicitar servicios de interpretación sin cargo;
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento en un idioma y un formato que le resulten comprensibles;
- Solicitar un cambio de proveedor, una segunda opinión o un cambio en el nivel de atención;
- Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento;
- Solicitar y recibir una copia de su expediente médico (puede que deba pagar un cargo) y pedir que se lo corrija;
- Autorizar a una persona para que actúe en su nombre durante el proceso de reclamo, apelación o audiencia estatal imparcial;
- No sufrir ningún tipo de restricción ni aislamiento a modo de coerción, medida disciplinaria o represalia, o por conveniencia;
- Presentar un reclamo o, en caso de que sea un miembro del BHD que tenga Medi-Cal, presentar una apelación, una apelación expeditiva o una solicitud de audiencia estatal imparcial sin sufrir represalias.

RECLAMOS A LA DIVISIÓN DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE SONOMA

BHD ha asumido el compromiso de encontrar soluciones a los problemas que pueden producirse a la hora de recibir servicios de salud conductual. BHD no discrimina ni trata de forma injusta a ninguna persona que presente un reclamo ni una solicitud de apelación o apelación expeditiva.

Los reclamos y las apelaciones pueden presentarse de forma verbal o escrita ante el coordinador de reclamos. Toda persona que elija presentar un reclamo tendrá la oportunidad de aportar información en cualquier momento durante el proceso de resolución. Cualquiera puede presentar un reclamo, pero solo los miembros de Medi-Cal del BHD pueden presentar apelaciones y apelaciones expeditivas. Si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar un reclamo o una apelación, comuníquese con el siguiente contacto:

Coordinador de reclamos Teléfono: 707-565-7895, o
1-800-870-8786, TTY: 711

Información y formulario:

<http://sonomacounty.ca.gov/Health/Behavioral-Health/Medi-Cal-Informing-Materials/>

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

No es obligatorio llenar un reclamo, pero recomendamos a los clientes del BHD hablar con sus proveedores acerca de cualquier problema que pueda surgir con los servicios que presta la división. Si los clientes del BHD o los reclamantes no están conformes, tienen derecho a llevar el reclamo no resuelto al coordinador de reclamos del BHD.

Si el reclamo no se resuelve antes de que finalice el próximo día hábil, el coordinador de reclamos enviará una carta de confirmación de recibo al reclamante dentro de los **5 días de**

calendario posteriores a la fecha de inicio del reclamo.

Dentro de los **30 días de calendario**, BHD revisará e investigará el reclamo y enviará un Aviso de resolución de reclamo (NGR) por escrito al reclamante o su representante autorizado.

APELACIÓN AL AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO

Miembros del BHD Medi-Cal tienen derecho a presentar una apelación dentro de los **60 días de calendario** posteriores al envío del Aviso de determinación adversa de beneficio (NOABD).

Los NOABD se envían cuando el BHD rechaza, reduce, suspende o cancela algún servicio; rechaza el pago de un servicio; no brinda los servicios de forma oportuna; no resuelve reclamos o apelaciones de forma oportuna o rechaza la solicitud de un miembro para disputar la responsabilidad financiera.

Las apelaciones pueden presentarse de forma verbal o escrita. Sin embargo, si un miembro o su representante presenta una apelación verbal, debe presentar una apelación escrita a BHD.

El miembro recibirá una confirmación de solicitud de apelación por escrito dentro de los **5 días de calendario** posteriores a su recepción.

Se revisará la apelación y se enviará un Aviso de resolución de apelación (Notice of Appeal Resolution, NAR) al miembro dentro de los **30 días de calendario** posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.

El aviso de extensión se envía al miembro dentro de los **2 días de calendario** posteriores a la fecha en la que se decide extender el plazo en ciertas circunstancias. Si el miembro no solicitó la extensión, BHD deberá enviarle un motivo por escrito.

APELACIÓN AL AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO (continuación)

BHD resolverá la apelación lo más rápidamente posible en función de la urgencia de la afección del cliente y no podrá ampliar el plazo en ninguna circunstancia una vez finalizada la extensión de **14 días de calendario**.

Apelación expeditiva:

Usted o su proveedor tiene el derecho de presentar una apelación expeditiva si deciden que una apelación estándar podría poner en peligro su vida, salud o capacidad de lograr, mantener, o recuperar la función máxima, una apelación expeditiva puede ser solicitada y será concedida.

Las apelaciones expeditivas se pueden presentar verbalmente. Se revisará la apelación expeditiva y se proporcionará una respuesta por escrito, al miembro, no más tardar de **72 horas** después que se recibió.

PETICIÓN DE AUDIENCIA ESTATAL

Miembros del BHD Medi-Cal tienen derecho de solicitar una audiencia estatal. Los miembros deben agotar el proceso de apelación con BHD antes de solicitar una audiencia estatal. Miembros pueden solicitar una audiencia estatal en respuesta al recibir un NAR sobre el resultado de un NOABD.

El miembro tiene **120 días de calendario** desde la fecha NAR para solicitar una audiencia estatal. Si el miembro solicita una audiencia estatal dentro de **10 días de calendario** después de haber recibido un NOABD, bajo ciertas circunstancias, el nivel de servicios existente puede mantenerse, mientras espera el resultado de la audiencia.

PETICIÓN DE AUDIENCIA ESTATAL (continuación)

Si BHD no cumple en adherirse a los requisitos de tiempo de la apelación, miembros tiene el derecho a una audiencia estatal. Al realizar audiencias estándares, el estado debe tomar una decisión de la audiencia dentro de **90 días de calendario** después de la fecha que se solicitó la audiencia.

Al realizar audiencias expeditivas, el estado debe llegar a una decisión sobre la audiencia dentro de **3 días hábiles** desde la fecha que se solicitó la audiencia.

Para solicitar una audiencia estatal, llame a la División de Audiencias del Estado en Sacramento:

Teléfono: 1-800-952-5253 TDD: 1-800-952-8349

AVISO A CLIENTES

La Junta de Ciencias del Comportamiento (BBS) recibe y responde a las quejas sobre los servicios que a recibido de terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos y asesores clínicos profesionales.

Además de presentar una queja ante BHD, puede presentar una queja directamente ante el BBS comunicándose con la junta en línea en www.bbs.ca.gov o llamando al (916) 574-7830.

FORMULARIO DE RECLAMO/APELACIÓN/APELACIÓN EXPEDITIVA

Fecha

de hoy: _____ ☐ Reclamo ☐ Apelación ☐ Apelación Expeditiva

Nombre del

Miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del

turo/apoderado legal: _____

Nombre del proveedor

de servicios: _____

Persona que

presenta la solicitud: _____ Teléfono: _____

¿Tiene Medi-Cal? ☐ S ☐ N

Opcional: Autorizo a la siguiente persona para que actúe en mi nombre en relación con este reclamo o apelación*

Relación con el

Nombre: _____ miembro: _____

** Debe entregarse una Autorización para la divulgación de información de salud protegida (MHS 102).*

IMPRIMA LEGIBLE. BRINDE NOMBRES, FECHAS Y HORAS ESPECÍFICAS EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE. (puede adjuntar más hojas en caso de que sea necesario)

1. Describa el problema:

2. Explique cómo ha tratado de resolver el problema:
3. ¿Cuál sería una solución adecuada para este problema?

Entregue el formulario completo al personal de recepción o

Envíelo por Grievance Coordinator
correo a la 2227 Capricorn Way, Santa Rosa, CA
siguiente 95407-5419
dirección:

Teléfono: (707) 565-7895 TTY: 1-800-735-2929 o 711

**Staff
Use
Only:**

- ☐ Exempt: Grievance resolved by end of next business day from date of grievance (see date at top). Exento: la queja formal se resuelve al final del siguiente día hábil a partir de la fecha de la queja formal (consulte la fecha en la parte superior).
- ☐ Non-Exempt: Grievance not resolved by end of next business day (see date at top). No exento: la queja no se resuelve al final del siguiente día hábil (consulte la fecha en la parte superior).

NOTE: Forward all Exempt and Non-Exempt Grievances immediately to Grievance Coordinator. Envíe todas las quejas exentas y no exentas inmediatamente al coordinador de quejas.



AVISO CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. El condado de Sonoma cumple con las leyes estatales y federales sobre derechos civiles. El condado de Sonoma no discrimina ilegalmente, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

El condado de Sonoma proporciona:

- Ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, braille, audio o formatos electrónicos accesibles)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el condado entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. llamando al 707-565-7895. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 1-800-735-2929 o al 711. Si lo solicita, este documento puede ponerse a su disposición en braille, letra grande, audio o formatos electrónicos accesibles.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

Si cree que el condado de Sonoma no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado ilegalmente de alguna otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Coordinador de Quejas de BHD. Puede presentar un reclamo por teléfono, por escrito, en persona o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Póngase en contacto con el Coordinador de Quejas de BHD de 8:00 a. m. a 5:00 p. m llamando al 707-565-7895. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 1-800-735-2929 o al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a: Coordinador de quejas de BHD

2227 Capricorn Way
Santa Rosa, CA 95407-5419

- En persona: Visite el consultorio de su médico o el BHD y diga que quiere presentar una queja.
- Por medios electrónicos: Visite el sitio web del BHD del condado de Sonoma
<https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services/health-services/divisions/behavioral-health/contractor-resources/medi-cal-informing-materials>

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California, ya sea por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al **711 (California State Relay)**.
- Por escrito: Complete un formulario de quejas o envíe una carta a la siguiente dirección:

**Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
Apartado Postal 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

- Los formularios de reclamación están disponibles en:
<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- Por medios electrónicos: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EE. UU.

Si cree que lo han discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., ya sea por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Complete un formulario de quejas o envíe una carta a la siguiente dirección:

**U.S. Department of Health and
Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

- Los formularios de reclamación están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Por medios electrónicos: Visite el Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبـري. اتصل بـ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

繁體中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

(Farsi) فارسی

1- or توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-8786 تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای (TTY: 711) 1-707-565-6900 معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) این خدمات رایگان تماس بگیرید. ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900] (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TÓOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃບທາດປີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ

ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃບທາດປີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiexx
longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih
lorx taux 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Liouh lorx
jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic
fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc
aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun
longc. Douc waac daaih lorx 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900
(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx
wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.