



CONSENT FOR DENTAL HYGIENE SERVICES

Advantage Dental wants to help keep your community cavity-free and healthy. Dental hygienists from Advantage Dental will be available on site during the year to provide free dental services. These services do not replace regular dental care from a dentist.

Community Location: _____

PATIENT INFORMATION																			
Patient's Name: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Last Name First Name Middle Initial Date of Birth </div>																			
Best phone number to reach you during the day: _____ Friend or family member's phone number to reach you in case you change your phone number: _____																			
Address / City / State / ZIP: _____																			
Grade / Teacher:	List medications currently taking: _____ _____																		
Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Choose Not to Disclose	<input type="checkbox"/> Iodine Allergy <input type="checkbox"/> Shellfish Allergy (shrimp, crab etc.) <input type="checkbox"/> Other Allergies (please list): _____																		
<p>The following services may be offered to the patient on an as-needed basis. Please Initial on YES or NO to indicate whether you consent to these services being provided on the patient listed above.</p> <table border="0"> <tr> <td>Screening (Teeth Check-up)</td> <td><input type="checkbox"/> YES</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Fluoride Coating</td> <td><input type="checkbox"/> YES</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Sealant</td> <td><input type="checkbox"/> YES</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Silver Fluoride</td> <td><input type="checkbox"/> YES</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Antiseptic for the Teeth (Iodine)</td> <td><input type="checkbox"/> YES</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>Protective Restoration</td> <td><input type="checkbox"/> YES</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>		Screening (Teeth Check-up)	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Fluoride Coating	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Sealant	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Silver Fluoride	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Antiseptic for the Teeth (Iodine)	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Protective Restoration	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Screening (Teeth Check-up)	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO																	
Fluoride Coating	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO																	
Sealant	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO																	
Silver Fluoride	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO																	
Antiseptic for the Teeth (Iodine)	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO																	
Protective Restoration	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO																	
	History of: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tobacco Use <input type="checkbox"/> Behavioral Considerations (please describe): _____ Other (please describe): _____																		

If you have questions or would like more information about the services provided, please call 1-866-268-9631 or see attached fact sheet.

Your signature indicates that you have been informed of the risks and benefits of treatment, your questions have been answered, and that you consent to the treatment indicated above.

As the parent/legal guardian, I agree to all of these statements:

- I give consent for dental services initialed/indicated above from Advantage Dental Group, PC (Advantage Dental), and/or one of its representatives.
- The results of the oral hygiene services, including personal health information and scheduling information, may be shared between Advantage Dental, the dental provider (hygienist or patient's dentist), the community site, any listed insurance carriers, the dentist of record, any applicable Coordinated Care Organization, and/or the Dental Care Organization of record for purpose of treatment, payment or healthcare operations.
- I have been given a copy of the "Notice of Privacy Practices" and HIE (Health Information Exchange) Notification.
- This consent will remain active for 24 months unless revoked in writing or by calling an Advantage Dental representative.
- This consent is valid at all sites where Advantage Dental provides services.

If you have dental insurance through Medicaid, the Oregon Health Plan or Healthy Kids, the hygienist will notify the plan of the services received.

Print Parent/Legal Guardian Name: _____ Relationship: _____



Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Everybody Brush! **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE HIGIENE DENTAL**

Advantage Dental quiere ayudar a mantener a su comunidad saludable y libre de caries. Higienistas dentales de Advantage Dental estarán disponibles en el local durante el año para proveer servicios dentales gratuitos. Estos servicios no reemplazan el cuidado dental regular de un dentista.

Localidad Comunitaria: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre del paciente: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Apellido Nombre Inicial de Segundo Nombre Fecha de Nacimiento </div>	
Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted durante el día: _____ Numero de teléfono de un amigo o pariente para comunicarnos con usted en caso de que cambie su número de teléfono: _____	
Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal: _____	
Grado: _____	Lista de medicamentos que está tomando actualmente: _____ _____
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elijo No Divulgar	<input type="checkbox"/> Alergia al Yodo <input type="checkbox"/> Alergia a los Mariscos (Camarón, cangrejo, etc.) <input type="checkbox"/> Otras alergias (por favor enumere): _____ _____ Historial de: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Uso de Tabaco <input type="checkbox"/> Consideraciones de Comportamiento (por favor describa): _____ Otro (por favor describa): _____ _____ _____
Los siguientes servicios podrían ser ofrecidos al paciente a base de necesidad. Por favor ANOTE SUS INICIALES en SI o NO para indicar si consiente a que estos servicios le sean proporcionados al paciente mencionado anteriormente.	
Examen (Revisión de Dientes) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Capa de Fluoruro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Selladores <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Fluoruro de Plata <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Antiséptico para los Dientes (Yodo) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Restauración Protectora <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Si tiene preguntas o le gustaría más información acerca de los servicios proporcionados, por favor llame al 1-866-268-9631 o vea la hoja informativa adjunta

Su firma indica que se le ha informado de los riesgos y beneficios de tratamiento, sus preguntas han sido respondidas, y que da su consentimiento para el tratamiento indicado arriba.

Como el padre/guardián legal, yo estoy de acuerdo con todas las siguientes declaraciones:

- Yo doy mi consentimiento para los servicios dentales con iniciales/indicados arriba de Advantage Dental Group, PC ("Advantage Dental"), y/o uno de sus representantes.
- Los resultados de los servicios de higiene dental, incluyendo información de salud personal e información de citas, pueden ser compartidos entre Advantage Dental, el proveedor dental (higienista o dentista del paciente), el sitio comunitario, cualquier aseguradora enumerada, el dentista de registro, y cualquier Organización de Atención Coordinada, y/o la Organización de Atención Dental de registro para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.
- Se me ha dado una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" y Notificación de Intercambio de Información de Salud (HIE por sus siglas en inglés).
- Este consentimiento se mantendrá activo por 24 meses al menos que sea revocado por escrito o al llamar a un representante de Advantage Dental.
- Este consentimiento es válido en todo sitio donde Advantage Dental proporciona servicios.

Si usted tiene seguro dental por medio de Medicaid, el Plan de Salud de Oregon o Healthy Kids, el/la higienista notificará a su plan de los servicios recibidos.

Escriba en letra de molde del Padre/Guardián Legal: _____ Relación: _____

 Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

FACT SHEET

Not all patients may qualify for all services; provider will determine which services are clinically appropriate based on the patient's individual needs.

Screening (Teeth Checkup)

A dental care professional will look in the mouth to check for changes in teeth that may indicate cavities or other oral health problems.

Risk(s): Decay or other problems could exist and get worse if not discovered.

Alternative(s): No checkup.

Fluoride Coating

A temporary thin coating (also called varnish) put on the teeth to help protect from cavities. The coating is safe even if it is swallowed. It does not hurt or stain the teeth.

Risk(s): Allergy is not common.

Alternative(s): Daily or weekly fluoride rinses, fluoride foam, or fluoride gels applied at your dentist's office.

Sealant

A dental sealant is a white coating put on the chewing surfaces of back teeth where cavities occur most often. Sealants make barriers on teeth that keep bacteria out and prevent cavities. They do not interfere with biting or chewing.

Risk(s): Sealants only protect the chewing surfaces. They can last for several years, but sometimes need to be replaced.

Alternative(s): Silver Fluoride. No sealants. Choosing not to use sealants could increase the chances you will develop decay in the chewing surfaces of the teeth.



Before Sealants



After Sealants

Silver Fluoride

Fluoride with silver looks like water. It is painted on the teeth with a tiny brush and can heal early tooth decay. It goes on quickly, and does not hurt. If there are cavities in the mouth, silver fluoride can stop them from growing, and sometimes even heal them. Cavities that are stopped or healed with Silver Fluoride will turn dark brown or black. Teeth without cavities will not change color. If the color shows a lot, a dental professional can cover it with white filling material. Fillings may not be needed for cavities that are stopped with Silver Fluoride.

Risk(s): If Silver Fluoride comes in contact with skin it will cause a small dark spot that will go away on its own in 1-2 weeks. If it comes into contact with existing white fillings it might stain.

Alternative(s): No Silver Fluoride applied. This could leave harmful bacteria on your teeth and increase the chance of tooth decay. Use fluoride toothpaste regularly and have fluoride varnish and sealants applied at your dental office.

How Silver Fluoride looks on a tooth with a cavity



How Silver Fluoride looks on a tooth with no cavity



Before

After

Antiseptic For The Teeth (Iodine)

The antiseptic kills bacteria that cause cavities. When applied before the fluoride coating, it prevents many more cavities than the fluoride coating alone. Iodine is a normal part of our diet from food and is safe. It does not hurt or stain the teeth.

Risk(s): Allergic reactions are not common, but you should not have this treatment if you are allergic to shellfish.

Alternative(s): No iodine applied. This could leave harmful bacteria on your teeth and increase the chance of tooth decay.

Protective Restoration

This is a simple tooth colored filling placed in a cavity to protect the tooth until a permanent filling can be done. It relieves pain and helps healing inside of the tooth. No shots are needed. It does not hurt.

Risk(s): Protective fillings may partially fall out, but what is left still protects the tooth.

Alternative(s): A regular filling or cap. Without care, the cavity may get bigger or become painful.

HOJA INFORMATIVA

No todos los pacientes podrían calificar para todos los servicios; el proveedor determinara cuales servicios son clínicamente apropiados basado en las necesidades individuales del paciente.

Evaluación

(Chequeo de dientes)

Un profesional de cuidado dental mirara dentro de la boca para revisar si existen cambios en los dientes que podrían indicar caries u otros problemas de salud oral.

Riesgo(s): Carie u otros problemas podrían existir y empeorar si no son descubiertos.

Alternativa(s): No hacer el chequeo.

Capa de Fluoruro

Una capa delgada temporal (también llamado barniz) aplicada a los dientes para ayudar a proteger contra caries. La capa es segura aun si es ingerida. Esta no perjudica ni mancha los dientes.

Riesgo(s): Una alergia no es común.

Alternativa(s): Enjuagues bucales de fluoruro diario o semanal, espuma de fluoruro, o gel de fluoruro aplicado en la oficina de su dentista.

Sellador

Un sellador dental es una capa blanca aplicada a las superficies de masticación de los dientes de atrás donde las caries suelen ocurrir más frecuentemente. Los selladores forman una barrera en los dientes que mantiene fuera a la bacteria y previene las caries. Estos no interfieren con el morder o el masticar.

Riesgo(s): Los selladores solo protegen las superficies de masticación. Pueden durar varios años, pero algunas veces necesitan ser reemplazados.

Alternativa(s): Fluoruro de Plata. No selladores. El elegir no utilizar selladores puede incrementar las posibilidades de desarrollar caries en las superficies de masticación de los dientes.



Antes de selladores



Después de selladores

Fluoruro de Plata

El fluoruro con plata se ve como agua. Este es pintado en los dientes con un cepillo pequeño y puede sanar la carie dental precoz. Se aplica rápido, y no duele. Si existen caries en la boca, el fluoruro de plata puede prevenir el que crezca, y algunas veces hasta las sana. Las caries que son detenidas o sanadas con fluoruro de plata se tornaran café oscuro o negras. Los dientes sin caries no cambiaran de color. Si el color se enseña mucho, un profesional dental puede cubrirlo con material para un relleno blanco. Quizá no sean necesarios rellenos para las caries que so detenidas con fluoruro de plata.

Riesgo(s): Si el fluoruro de plata se pone en contacto con la piel causara una pequeña mancha oscura que desaparecerá por sí misma en 1-2 semanas. Si se pone en contacto con rellenos blancos existentes quizá se manchen.

Alternativa(s): No aplicar fluoruro de plata. Esto podría dejar bacteria dañina en sus dientes e incrementar la posibilidad de caries dental. Utilizar una pasta dental con fluoruro regularmente y obtener aplicación de barniz de fluoruro y selladores en la oficina de su dentista.

Como se ve el Fluoruro de Plata en un diente con caries



Como se ve el Fluoruro de Plata en un diente sin caries



Antes

Después

Antiséptico para los dientes (Yodo)

El antiséptico mata la bacteria que causa caries. Cuando es aplicada antes de una capa de fluoruro, previene muchas más caries que la capa de fluoruro por si sola. El yodo es una parte normal de nuestra dieta de comida y es seguro. Este no daña o mancha los dientes.

Riesgo(s): Reacciones alérgicas no son comunes, pero no debería de recibir este tratamiento si es alérgico a los mariscos.

Alternativa(s): No aplicar yodo. Esto podría dejar bacteria dañina en sus dientes e incrementar la posibilidad de caries dental.

Restauración Protectora

Este es un simple relleno del color del diente aplicado en la carie para proteger el diente hasta que se pueda aplicar un relleno permanente. Aliviar el dolor y ayuda a sanar dentro del diente. No se necesitan inyecciones. No duele.

Riesgo(s): Las restauraciones protectoras podrían parcialmente caerse, pero lo que permanezca seguirá protegiendo el diente.

Alternativa(s): Un relleno o capa regular. Sin cuidado, la carie podría crecer y hacerse dolorosa.

SUMMARY NOTICE OF PRIVACY POLICY

Our Responsibilities: We are required by law to make sure that your protected health information is kept private and follow the privacy practices that are described in our full Notice of Privacy Practices. We may change our privacy policies any time and notify you. You can also request copy of our full Notice of Privacy Practices at any time. For more information about our privacy policies, contact us at 1-866-268-9631.

Our Uses and Disclosures: We use your health information to treat you, manage the health care treatment you receive, run our organization and to pay or bill for your health services. For example, we can use your health information and share it with other providers who are treating you.

There are other ways we are allowed to share your information. These other reasons are so that we can help the public, like public health and research. We have to follow the law before we can share your information for these reasons. We will not use or share your information other than what the law allows us to do; unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time.

Your Rights: When it comes to your health information, you have rights.

- You can ask to see or get a copy of your health information;
- You can ask us to correct your information;
- You can ask for confidential communications;
- You may ask us to limit what we use or share;
- You can get a list of those with whom we've shared information; and
- You can ask us for a copy of the full Notice of Privacy Practices at any time.

Your Choices: For certain health information, you can tell us your choices about what we share. In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends or others involved in payment for your care.
- Share information in a disaster relief situation.
- If you can't tell us what you want us to do, for example if you are not conscious, we may share your information if we think it is what is best for you. We may also share your information when needed to lessen a serious threat to health or safety.

Privacy Complaints: If you are concerned that we have violated your privacy rights, our privacy policies, or if you disagree with a decision we made about your health information, you may contact us at 1-866-268-9631 or TTY 711. You also contact the US Department of Health and Human Services at 1-877-696-6775 or TTY 1-866-788-4089.

Summary of Privacy Practices: This is a summary of our Notice of Privacy Practices. You can ask us for the full Notice of Privacy Practices at any time.

To Improve the Oral Health of All

www.AdvantageDentalClinics.com

442 SW Umatilla Avenue Redmond, OR 97756 | TEL: 866.468.0022 | FAX: 866.268.9618

RESUMEN DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestras responsabilidades: Se nos requiere por ley el asegurar que su información de salud protegida se mantenga privada y seguir las prácticas de privacidad que son descritas en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad completo. Podemos cambiar nuestras pólizas de privacidad en cualquier momento y dejarle saber a usted. Usted también puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad completo en cualquier momento. Para más información acerca de nuestras pólizas de privacidad, comuníquese con nosotros al 1-866-268-9631.

Nuestros usos y divulgaciones: Usamos su información de salud para tratarlo a usted, para administrar el tratamiento de cuidado de salud que usted recibe, para el manejo de nuestra organización y para pagar o facturar por sus servicios de salud. Por ejemplo, podemos usar su información de salud y compartirla con otros proveedores que la/lo estén tratando a usted.

Se nos permite compartir su información de otras maneras. Tales razones son para que podamos ayudar al público, tal como salud e investigación pública. Debemos seguir la ley antes de compartir su información por estas razones. No usaremos ni compartiremos su información mas allá de lo que nos permite la ley; al menos que usted nos diga por escrito que podemos. Si nos dice que si podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

Sus derechos: Cuando se trata de su información de salud, usted tiene derechos.

- Usted puede solicitar ver o recibir una copia de su información de salud;
- Usted puede solicitar que corriamos su información;
- Usted puede solicitar comunicaciones confidenciales;
- Usted puede solicitar el que limitemos lo que usamos o compartimos;
- Usted puede recibir una lista de con quienes hemos compartido información; y
- Usted nos puede pedir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad complete en cualquier momento.

Sus Opciones: Para cierta información de salud, usted nos puede decir sus opciones acerca de lo que compartamos.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedir que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en el pago por su cuidado.
- Compartamos información en una situación de ayuda para catástrofes.
- Si usted no nos puede decir lo que quiere que hagamos, por ejemplo si no está consiente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria a la salud o seguridad.

Quejas de privacidad: Si usted está preocupado(a) de que hemos violado sus derechos de privacidad, nuestras pólizas de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca de su información de salud, puede comunicarse con nosotros al 1-866-268-9631 o TTY 711. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. al 1-877-696-6775 o TTY 1-866-788-4089.

Resumen de prácticas de privacidad: Este es un resumen de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted puede solicitar el Aviso de Practicas de Privacidad completo en cualquier momento.

NON-DISCRIMINATION DISCLOSURE NOTICE

Advantage Dental and our providers comply with all applicable state and federal civil rights laws. We cannot treat people unfairly in any of our services or programs because of a person's:

- Age
- Color
- Disability
- Gender Identity
- Marital Status
- National Origin
- Race
- Religion
- Sex
- Sexual orientation

To report your concern or get more information please contact our Compliance Department one of these ways:

- Web: www.AdvantageDental.com
- Email: complianceline@advantagedental.com
- Phone: 1-866-654-3433, TTY 711
- By Mail: 442 SW Umatilla Ave., Redmond OR 97756

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can file a complaint electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrpor-tal.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, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

If you would like to request this information in another language or an alternate format such as large print, audio disk, braille, etc. please contact Customer Service at 888-468-0022 or TTY 711.

DIVULGACIÓN DE PÓLIZA ANTIDISCRIMINATORIA

Advantage Dental y su red de proveedores deben tratarlo/a justamente.

Nosotros y nuestros proveedores debemos seguir las leyes de derechos civiles estatales y federales. No podemos tratar a las personas injustamente en cualquiera de nuestros servicios o programas debido a su:

- Edad
- Color
- Discapacidad
- Identidad de Género
- Estado Civil
- Origen Nacional
- Raza
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual

Para reportar su preocupación o para recibir más información por favor comuníquese con nuestro Director de Derechos Civiles mediante una de las siguientes maneras:

- Web: www.AdvantageDental.com
- Correo electrónico: complianceline@advantagedental.com
- Teléfono: 1-866-654-3433, TTY 711
- Por Correo: 442 SW Umatilla Ave. Suite 200, Redmond OR 97756,

Usted también tiene el derecho de presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud de los EE.UU. y la Oficina de Servicios Humanos para los Derechos Civiles (OCR por sus siglas en inglés).

Comuníquese con esta oficina mediante una de las siguientes maneras:

- Web: www.hhs.gov/
- Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov
- Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
- Por Correo: OCR
200 Independence Avenue SW
Room 509F HHH Bldg
Washington, DC 20201

Si le gustaría solicitar esta información en otro lenguaje o un formato alternativo tal como letra grande, disco audio, braille, etc. por favor comuníquese con Servicios al Miembro al 866-468-0022 o TTY 711.

LANGUAGE	TRANSLATED STATEMENT
English	ATTENTION: If you speak [language], you have services available to you free of charge for language assistance. Call 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-468-0022 (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 1-888-468-0022 (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 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-468-0022 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Tagalog (Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-468-0022 (телетайп: 711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم- 711(رقم هاتف الصم والبكم: 1-888-468-0022).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-468-0022 (ATS : 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-468-0022 (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。1-888-468-0022 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
Farsi	وجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-468-0022 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-468-0022 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Amharic	ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-468-0022 (መስማት ለተሳናቸው፡ 711)።
Thai	เตือน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-1-888-468-0022 (TTY: 711).
Ukrainian	УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-468-0022 (телетайп: 711).
Lao/Loatian	ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄ່າບໍລິການໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Oromo	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Ibo	Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Yoruba	AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-888-468-0022 (TTY: 711).

LANGUAGE	TRANSLATED STATEMENT
English	ATTENTION: If you speak [language], you have services available to you free of charge for language assistance. Call 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-468-0022 (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 1-888-468-0022 (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 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-468-0022 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Tagalog (Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-468-0022 (телетайп: 711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم- 711(رقم هاتف الصم والبكم: 1-888-468-0022).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-468-0022 (ATS : 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-468-0022 (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。1-888-468-0022 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
Farsi	وجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-468-0022 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-468-0022 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Amharic	ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-468-0022 (መስማት ለተሳናቸው፡ 711)።
Thai	เตือน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-1-888-468-0022 (TTY: 711).
Ukrainian	УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-468-0022 (телетайп: 711).
Lao/Loatian	ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄ່າບໍລິການໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Oromo	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Ibo	Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Yoruba	AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-888-468-0022 (TTY: 711).