



Public Health

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EFFECTIVO el 11 de FEBRERO 2026

Este aviso describe:

- Cómo se puede utilizar y divulgar su información de salud.
- Sus derechos con respect a su información de salud.
- Cómo presentar una queja sobre una violación de privacidad o seguridad de su información de salud, o de sus derechos con respect a su información.
- Tiene derecho a una copia de este aviso (en papel o en formato electrónico) y a discutirlo con el Oficial de Privacidad al (909) 387-6469 o privacy@dph.sbcounty.gov si tiene alguna pregunta.

La Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo razonablemente, relacionada con su condición de salud física o mental pasada, presente o futura. La información puede ser sobre el pago de su atención médica también. La Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) requiere que mantengamos su PHI privada.

Todo el personal del Departamento de Salud Pública (DPH, por sus siglas en inglés) del Condado de San Bernardino, voluntarios, practicantes, contratistas y otros que tengan acceso a información de salud seguirán este aviso. Sin embargo, podemos cambiar este aviso cuando la ley o nuestras prácticas cambien. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la PHI que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Usted no recibirá automáticamente un nuevo aviso. Si desea recibir una copia de cualquier nuevo aviso, visite nuestro sitio web en <https://dph.sbcounty.gov> o puede solicitar una copia a cualquier miembro del personal de DPH.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud?

Para Tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su PHI para proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados. DPH puede compartir su PHI con médicos, personal de atención médica y otros miembros del personal que participen en su cuidado médico. También podemos compartir su PHI con individuos o entidades para su cuidado futuro por otras razones de tratamiento. También podemos utilizar o compartir su PHI en respuesta a una emergencia. Por ejemplo, un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Para Pagos: Podemos utilizar y divulgar su PHI para facturar y recibir el pago por el tratamiento y los servicios que recibe. Para propósitos de facturación y pago, podemos divulgar su PHI a su fuente de pago, incluida la compañía de seguros o atención administrada, Medicare, Medicaid/Medi-Cal, u otro tercer pagador. Por ejemplo, podemos darle a su plan de salud información sobre el tratamiento que recibió para que su plan de salud nos pague o nos reembolse por el tratamiento. O podemos comunicarnos con su plan de salud para confirmar su cobertura o para solicitar autorización previa para un tratamiento propuesto.

Para Operaciones de Atención Médica: Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Esto incluye acciones de aseguramiento y mejora de la calidad, revisión de la competencia y las calificaciones de los profesionales de la salud, revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría y propósitos administrativos generales. Por ejemplo, podemos utilizar su PHI para evaluar nuestros servicios y el desempeño de nuestro personal con respecto a usted.

Puede haber algunos servicios proporcionados por nuestros socios comerciales, como un servicio de facturación, una compañía de registros o consultores legales o contables. Podemos compartir su PHI con nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Firmamos un contrato por escrito con nuestros socios comerciales que les obliga a proteger su información.

Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

A continuación se describen diferentes formas en que podemos utilizar o divulgar su PHI sin obtener autorización:

Ayuda con asuntos de salud y seguridad pública	Podemos compartir su PHI en ciertas situaciones, como: • Prevención de enfermedades. • Ayuda con el retiro de productos del mercado. • Informe de reacciones adversas a los medicamentos. • Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica. • Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.
Realizar investigaciones médicas	Podemos utilizar o compartir su PHI para investigaciones de salud.
Cumplir con la ley	Podemos compartir su PHI: • Según lo requiera la ley federal, estatal o local. • En respuesta a una citación, o a una orden judicial o administrativa. • Para reclamaciones de compensación laboral. • Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. • Para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial. • Cuando así lo requieran los agentes de ley: ○ Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida. ○ Sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona. ○ Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal. ○ En situaciones de emergencia, denunciar un delito; la ubicación del crimen o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió un delito.
Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un forense o un director funerario	• Podemos compartir su PHI con organizaciones de adquisición de órganos. • Podemos compartir su PHI con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Llevar a cabo actividades de divulgación, inscripción, coordinación de atención y administración de casos	Podemos compartir su PHI con otros programas de beneficios gubernamentales como Covered California por razones tales como divulgación, inscripción, coordinación de cuidado y administración de casos.
Recordatorios de citas	Podemos utilizar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o cuidado.
Informar a las personas involucradas en su cuidado o pago de su cuidado	Podemos compartir su PHI con un familiar, un pariente, un amigo o persona que usted identifique involucrada en su atención médica o pago, siempre que usted esté de acuerdo con esto, o le damos la oportunidad de oponerse y usted no lo hace. Si usted no puede estar de acuerdo u objetar, podemos decidir que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional compartir su información, como si usted está incapacitado o si necesitamos revelar su PHI en una emergencia.
Prevenir o reportar abuso y negligencia	Podemos compartir su PHI con un equipo multidisciplinar de personal relevante para la prevención, identificación, administración o tratamiento de un niño maltratado y de sus padres, o del abuso y negligencia de personas mayores.

Se pueden aplicar protecciones adicionales de privacidad si estamos usando o compartiendo información médica confidencial, como información relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, por sus siglas en inglés), información de salud mental, notas de psicoterapia e información genética. Por ejemplo, bajo la ley de California, no podemos divulgar los resultados de las pruebas de VIH sin una autorización por escrito, excepto en circunstancias limitadas. Su información estará protegida de acuerdo con el más alto nivel de protección requerido. No creamos ni administramos un directorio de hospitales.

REGISTROS DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS Y SU PRIVACIDAD

Sus registros de tratamiento por consumo problemático de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) están protegidos por la ley federal bajo el [Título 42 del Código de Regulaciones Federales \(CFR\) Parte 2](#). Estos registros son confidenciales y no pueden divulgarse sin su consentimiento por escrito, excepto según lo permita la ley.

DPH puede utilizar o divulgar sus registros de SUD sin consentimiento por escrito solo por las siguientes razones:

- Emergencias médicas para atender una emergencia de salud inmediata.
- Cuando lo ordena un tribunal, tras notificación y la oportunidad de ser escuchado.
- Para fines de investigación, auditorías o evaluación de programas, siempre que la información sea desidentificada.
- A entidades que prestan servicios de procesamiento y facturación de datos.

Cualquier otro uso o divulgación de sus registros de información sobre SUD requiere su consentimiento por escrito. Algunos ejemplos incluyen:

- Compartir información con su empleador.
- Divulgar a familiares o amigos.
- Proporcionar información a entidades no relacionadas con el tratamiento.

Consentimiento único para futuras divulgaciones y revocación de su consentimiento.

Puede proporcionar un consentimiento por escrito que permita todos los usos y divulgaciones futuros para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Usted tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. La revocación no afectará las divulgaciones ya realizadas bajo su consentimiento previo.

Protecciones legales

Sus registros no pueden ser utilizados en su contra en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos a menos que usted proporcione su consentimiento por escrito o se emita una orden judicial. Una orden judicial que autorice la divulgación debe ser emitida después de la notificación y la oportunidad de ser escuchada y debe ir acompañada de una citación o mandato legal similar.

ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA

Estamos prohibidos bajo la [Ley de Privacidad Reproductiva de California §56.108](#) (Código de Salud y Seguridad de California, §123460, y alteruientes sig.) divulgar información sobre usted con respecto a las decisiones reproductivas personales, lo que implica el derecho a tomar y efectuar decisiones sobre todos los asuntos relacionados con el embarazo, incluyendo la atención prenatal, el parto, la atención posparto, la anticoncepción, y la prevención del embarazo, esterilización, atención del aborto, manejo del aborto espontáneo y atención de la infertilidad.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección

explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de sus registros de salud y reclamos	• Puede pedir ver u obtener una copia de su expediente médico y otra información médica que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto. • Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
Pedir que corriamos sus registros de salud y reclamos	• Puede pedirnos por escrito que corriamos sus registros de salud y reclamos si cree que son incorrectos o incompletos. • Podemos denegar su solicitud, pero le diremos por qué por escrito en un plazo de 60 días.
Solicitar comunicaciones confidenciales	• Puede pedirnos por escrito que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de oficina) o que enviemos correo a una dirección diferente. • Consideraremos todas las solicitudes razonables y no le preguntaremos el motivo de su solicitud.
Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos	• Puede pedirnos por escrito que no utilicemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. • No estamos obligados a estar de acuerdo; sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que su PHI sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia. • Si paga por completo un servicio o un artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pagar o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diríamos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.
Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información	• Puede solicitar por escrito una lista de las divulgaciones que hemos hecho con respecto a su PHI (contabilidad de divulgaciones) hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. • Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o según lo requiera la ley. Proporcionaremos un informe por año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad	Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.
Elegir a alguien para que actúe en su nombre	• Si le ha dado a alguien poder legal médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. • Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.
Obtener una copia de los resultados de pruebas completadas directamente de un laboratorio	• Usted o su representante personal autorizado pueden recibir los resultados de las pruebas de laboratorio de su proveedor de atención médica o puede solicitar el informe completo directamente al laboratorio que realizó la prueba. En la mayoría de los casos, los laboratorios deben proporcionar resultados de la prueba dentro de los 30 días. • En la mayoría de los casos, los laboratorios deben proporcionar los resultados de las pruebas en un plazo de 30 días. • Pregúntele a su proveedor sobre cómo obtener los resultados de laboratorio directamente

SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de pedirnos que:	• Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su cuidado. • Compartir información en una situación de ayuda en casos de desastres. <i>Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.</i>
En el caso de recaudación de fondos:	Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no volvamos a contactarle

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de la misma.
- Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si cambia de opinión en cualquier momento, háganoslo saber por escrito.
- Nunca comercializaremos ni venderemos su información.

Para más información, visite:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>

PREGUNTAS O QUEJAS

Si tiene preguntas sobre este aviso o cree que sus derechos (o los de otra persona) han sido violados, puede comunicarse con nosotros o con el gobierno federal. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja ni se verá afectado su derecho a un tratamiento adicional o tratamiento futuro.

Para preguntas sobre este aviso o para presentar una queja con el Departamento de Salud Pública del Condado de San Bernardino, comuníquese con:

Oficial de Privacidad
Departamento de Salud Pública del
Condado de San Bernardino
451 E. Vanderbilt Way, 4º Piso
San Bernardino, CA 92408
Teléfono (909) 387-6469
Correo electrónico privacy@dph.sbcounty.gov

Para presentar una queja ante el Condado de San Bernardino, comuníquese con:

Oficial de Quejas de HIPAA
Condado de San Bernardino
175 West Fifth Street,
Primer Piso
San Bernardino, CA 92415
Teléfono (909) 387-4500
Correo electrónico HIPAAComplaints@cao.sbcounty.gov

Para presentar una queja ante el Gobierno Federal, comuníquese con:

Region IX
Oficina de Derechos Civiles,
Departamento de Salud y Servicios Humanos
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Teléfono (800) 368-1019
FAX (415) 437-8329
TDD (800) 537-7697

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

DPH cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. DPH no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

FORMATOS ALTERNATIVOS

Este aviso se le puede proporcionar en un formato alternativo, incluyendo pero no limitado a:

- Grabación de audio,
- Lenguaje de señas,
- Lectura labial,
- Braille, y
- Idomas extranjeros mediante el uso de un intérprete o un servicio de traducción.

AYUDA DE IDIOMA**English**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-909-387-6234. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. TTY: dial 711. These services are free of charge.

الشعاع بالعربية (Arabic)

رجى [1-909-378-6234] إلى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب (TTY: [711]). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل ب [1-909-387-6234] (TTY: [711]). هذه الخدمات مجانية

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր [եզվով, զանգահարեք [1-909-387-6234] (TTY: [711]): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված կյութեր: Չանգահարեք [1-909-387-6234] (TTY: [711]): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទសាសនាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ : បើអ្នក រក ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក ឬ ទ្វេភាសី ទៅលេខ [1-909-387-6234] (TTY: [711])។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជា ឯកសារស វេសជាអកសរស រសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសវេសជាអកសរសពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទ្វេភាសី មកលេខ [1-909-387-6234] (TTY: [711])។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 [1-909-387-6234] (TTY: [711])。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 [1-909-387-6234] (TTY: [711])。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با ([1-909-387-6234] (TTY: [711]) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با ([1-909-387-6234] (TTY: [711]) تماس بگیرید. این خدمات رایگان

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो [1-909-387-6234] (TTY: [711]) पर कॉल करें अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं जैसे बरेल और बड़े पिंरंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। [1-909-387-6234] (TTY: [711]) पर कॉल करें ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

AYUDA DE IDIOMA**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau [1-909-387-6234] (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 [1-909-387-6234] (TTY: [711]). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は [1-909-387-6234] (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。 [1-909-387-6234] (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 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 [1-909-387-6234] (TTY: [711]) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. [1-909-387-6234] (TTY: [711]) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຫກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃຫ້ເຫາບີ [1-909-387-6234] (TTY: [711]). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ ນອກະສານທີ່ ເບີ ນັກສອນນູນແລະມີ ໂຕລິ ມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃຫ້ເຫາບີ [1-909-387-6234] (TTY: [711]). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ບໍ່ ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux [1-909-387-6234] (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 [1-909-387-6234] (TTY: [711]). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

AYUDA DE IDIOMA**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ [1-909-387-6234] (TTY: [711]). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ [1-909-387-6234] (TTY: [711]).
ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру [1-909-387-6234] (линия TTY: [711]). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру [1-909-387-6234] (линия TTY: [711]). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al [1-909-387-6234] (TTY: [711]). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al [1-909-387-6234] (TTY: [711]). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa [1-909-387-6234] (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 [1-909-387-6234] (TTY: [711]). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ ไปที่หมายเลข [1-909-387-6234] (TTY: [711]) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์ และเอกสารที่พิมพ์ ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
กรุณาโทรศัพท์ ไปที่หมายเลข [1-909-387-6234] (TTY: [711]) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер [1-909-387-6234] (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 [1-909-387-6234] (TTY: [711]). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số [1-909-387-6234] (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 [1-909-387-6234] (TTY: [711]). Các dịch vụ này đều miễn phí.