Periodo de cobertura: 6/1/2020 – 5/31/2021 Cobertura para: Familia | Tipo de plan: PPO

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: Información sobre el costo del plan (Ilamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, refierase al Resumen Descripcion del Plan en el sitio: Ifao.org or Ilame a 1-800-244-4530. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, copago, coseguro, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en Ifao.org o Ilamar a 1-800-244-4530 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<b>\$150</b> /individual o <b>\$450</b> /familia 03/01-2/28.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de su familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos de <u>deducibles</u> pagados por los miembros de la familia cumpla con el <u>deducible</u> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Si. Servicios de hospital internado, examenes físicos de rutina, chequeo de bien bebé hasta 24 meses de edad o el beneficio de prescripciones recetados.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún usted no ha alcanzado el monto <u>deducible</u> . Pero se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin costos compartidos y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con los <u>deducible</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>máximo en</u> gastos directos del bolsillo de este plan?	\$3,000/individual o \$6,000/familia. Proveedores participantes (PPO) solamente.	El <u>límite a los gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, cargos de balanza facturada, cuido de salud no cubierto por este plan, <u>copago</u> s, <u>coseguro</u> , o reclamaciones de <u>proveedor</u> no-PPO.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor</u> <u>dentro de la red medica</u> ?	Si. El red de Anthem Blue Cross Prudent Buyer Plan. Vea www.anthem.com/ca para una lista de proveedres del red.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>proveedor</u> <u>dentro de la red</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedir</u> dentro de la <u>red</u> del plan. Usted pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.</u>



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

		Lo que usted paga			
Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante	
Ci assuda a la	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 <u>copago</u> / visita	\$15 <u>copago</u> / visita Más 30% de coseguro	Cuando usa un no-PPO para servicios cubiertos, ademas del 30% <u>coseguro</u> , tambien tiene que pagar los cargos en exceso de las cantidades permitidas.	
Si acude a la oficina o clínica	Visita al <u>especialista</u>	10% coseguro	30% coseguro	Ninguno.	
de un <u>proveedor</u> de salud	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin costo	30% coseguro	Este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>	
0. 1.	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	10% coseguro	30% coseguro	Ninguno.	
Si se realiza un examen	Imágenes (tomografía computarizada/PET, resonancia magnética)	10% coseguro	30% coseguro	Cuando usa un no-PPO para un servicio cubierto, ademas del 30% coseguro, tambien tiene que pagar los cargos en exceso de las cantidades permitidas	
	Medicamentos genéricos	\$10 <u>copago/prescripcion</u> por menor* o \$20 <u>copago/prescripcion</u> por correo	\$10 copago/prescripción por menor* más exceso de cantidad de contrato	Provision por menos de 30-días; 90-días por correo. *Doble copago después de la tercera provision al por menor.	
	Medicamentos de marcas preferidas	\$20 <u>copago/prescripcion por</u> menor* o \$40 <u>copago/prescripcion por correo</u>	\$20 <u>copago/prescripción</u> por menor* más exceso de cantidad de contrato	Igual a prescripciones genéricos.	
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$30 <u>copago/prescipcion por menor*</u> o \$60 <u>copago/prescripcion por correo</u>	\$30 <u>copago</u> /prescripción por menor* más exceso de cantidad de contrato	Igual a prescripciones genéricos.	

	Lo que usted paga			
Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.OptumRx.com	Medicamentos especializados	\$20 <u>copago</u> / medicinas inyectables; medicinas orales igual que arriba para genéricos, preferido/no-preferido	No se cubre	Tiene que usar proveedor contratado BriovaRx para todas <u>prescripciones de especialidad</u> .
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% <u>coseguro</u>	Exceso de \$500/día	Usted paga todos los cargos en exceso de \$500/día si usa un no-PPO. Para centros de cirugia para paciente externo en hospital, la maxima autorizacion para artoscopia es \$6,000; cataracos es \$2,000 y colonoscopia es \$1,500.
(continuado)	Honorarios del médico/cirujano	10% coseguro	30% coseguro	Ninguno.
	Atención en la sala de emergencias	\$25 <u>copago</u> /visita 1, 2, 3 \$50 copago a partir más 10% <u>coseguro</u>	\$25 <u>copago</u> /visita 1, 2, 3 \$50 copago a partir más 30% <u>coseguro</u>	Usted pagará el copago alto de \$50 a partir de 3 visitas por año calendario.
Si necesita atención médica	Transporte médico de emergencia	10% coseguro	30% <u>coseguro</u> o 10% <u>coseguro</u> si es grave para la vida.	Cuando usa un no-PPO para servicios cubiertos, además del 30% <u>coseguro</u> , usted también paga los cargos en exceso de las cantidates permitidas.
inmediata	Atención de urgencia	10% coseguro	30% coseguro	Para centro de atencion de urgencia no en un hospital. Cuando usa un no-PPO para cualquier servicio cubierto, ademas del 30% coseguro, también paga cargos en exceso de cantidades permitidas.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	10% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000 y no hay costo para resto de la estancia en hospital.	30% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000 de gastos cubiertos y no hay costo para Cargos	*10% <u>coseguro</u> de primer \$10,000 si usa no-PPO debido a una emergencia o porque residencia esta fuera del area de servicio del PPO. Revizo de utilización se requiere para todas admisiones hospitalarias. 20% <u>coseguro</u> de primer \$10,000

	Lo que usted paga			
Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
			Cubiertos para el resto de su estancia.	por no conformar (no-PPO solamente). Cirugía reemplazo de cadera o rodilla rutinaria tiene límite de \$30,000. Use hospitales designados para reemplazo de cadera or rodilla.
	Honorarios del médico/cirujano	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Cuando usa un no-PPO para servicios cubiertos, además del 30% <u>coseguro</u> , también tiene que pagar los cargos en exceso de las cantidades permitidas.
Si necesita servicios de salud	Sevicios ambulatorios	\$15 <u>copago</u> /visita de oficina y 10% <u>coseguro</u> para otros servicios ambulatorios	\$15 <u>copago</u> más 30% <u>coseguro</u> /visita de oficina y 30% <u>coseguro</u> para otros servicios ambulatorios.	Ademas, hasta tres (3) visitas sin costo por incidente por Año del Plan usando el programa de EAP. Solamente con remisión y con proveedores del red.
mental, conductual o servicios de abuso de sustancias	Servicios internos	10% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000 y no hay costo para resto de estancia en hospital.	30% coseguro* de los primeros \$10,000 de gastos cubiertos y no hay costo para Cargos Cubiertos para el resto de su estancia.	*10% <u>coseguro</u> delos primeros \$10,000 si usa no- PPO debido a una emergencia o porque residencia esta fuera del area de servicio del PPO. Revizo de utilización se requiere para todas admisiones hospitalarias. 20% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000 por no conformar (no-PPO solamente).
	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cargo.	Embarazo no se cubre para hijos dependientes.
	Servicios de parto profesionales	10% coseguro	30% coseguro	Embarazo no se cubre para hijos dependientes.
Si está embarazada	Servicios de instalaciones de partos profesionales	10% <u>coseguro</u>	30% <u>coseguro</u>	Internado 10%/30% <u>coseguro</u> de los primeros \$10,000, no hay costo el resto de estancia. Revizo de ulitilización se requiere si duración de estancia es más de 48 horas para nacimiento natural o 96 horas para cesarea.
Si necesita ayuda recuperándose o	Cuidado de la salud en el hogar	10% coseguro	30% coseguro	<u>Preautorizacion</u> es requerido.
tiene otras necesidades de	Servicios de rehabilitación	10% coseguro	30% coseguro	Ninguno.
salud especiales	Servicios de habilitación	No se cubre.	No se cubre.	Usted paga 100% de estos gastos.

	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		
Eventos médicos comunes		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Cuidado de enfermería especializada	10% coseguro	30% coseguro	Igual que cargo de instalacione si tiene estancia en hospital (vea pagina 3).
	Equipo médico duradero	10% coseguro	30% coseguro	Requiere prescripción por médico.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	10% coseguro	30% coseguro	<u>Pre-autorización</u> es requerido.
Si su niño	Examen de la vista pediátrico	No se cubre.	No se cubre.	Puede estar cubierto debajo de un <u>plan</u> de visión separado.
necesita servicios odontológicos o	Anteojos para niños	No se cubre.	No se cubre.	Puede estar cubierto debajo de un <u>plan</u> de visión separado.
de la vista	Chequeo dental pediátrico	No se cubre.	No se cubre.	Puede estar cubierto debajo de un <u>plan</u> dental separado.

### **Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos**

Servicios Que Su <u>Plan</u> Generalmente NO Cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>.)

- Cirugía cosmética
- Cuidado dental (puede estar cubierto bajo plan dental)
- Servicios de habilitación
- Tratamiento de la infertilidad

- Cuidado a largo plazo
- Cuidado no urgente cuando viaja fuera de EE.UU.
- Servicio de enfermería privado
- Cuidado ocular de rutina (puede estar cubierto bajo plan de visión)
- Cuidado de rutina de los pies
- Medicamentos de especialidad de una farmacia / instalación no-contratante
- Programas de pérdida de peso

### Otros Servicios Cubiertos (Podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan.)

- La acupuntura (si se prescribe para el tratamiento del dolor)
- Cirugía bariátrica (cuando sea médicamente necesario)
- Cuidado quiropráctico

Audífonos

Sus Derechos a Continuar Con Su Cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias son: El Plan al 1-800-244-4530; el departamento de aseguranza de su estado, el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration en 1-866-444-3272 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Human Services en 1-877-267-2323 x61565 o <a href="https://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>; o el U.S. Department of Health and Hu

tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del <u>Mercado</u> de Seguro Médico. Para más información acerca del <u>Mercado</u>, visite <u>www.CuidadDeSalud.gov</u> o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos para Presentar Quejas o Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su <u>plan</u> por negarle una <u>reclamación</u>. Esta queja se llama <u>reclamo</u> o <u>apelación</u>. Para más información acerca de sus derechos, consulte la <u>explicación de beneficios</u> que recibirá para este <u>reclamo</u> médico. Sus documentos del <u>plan</u> también incluirán información completa sobre cómo presentar un <u>reclamo</u>, <u>apelación</u> o una <u>queja</u> a su <u>plan</u> por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con Consejo de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Obreros del Norte de California, 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498. También puede ponerse en contacto con el Department of Labor en www.dol.gov.ebsa.healthcarereform o 1-866-444-3272.

### ¿Este Plan Proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

Si no tiene Cobertura Esencial Mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que cualifique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

### ¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

### Acceso a Servicios Lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-244-4530.

-Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.-----

### Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este <u>plan</u> podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus <u>proveedores</u> y dentro del <u>plan</u>. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros <u>planes</u> médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

## Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$150
■ Especialista copago	<b>\$</b> 0
■ Hospital (instalaciones) <u>coseguro</u>	10%
■ Otro <u>coseguro</u>	10%

### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (atención prenatal)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos
profesionales
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de

sangre)

Visita al especialista (anestesia)

# Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$150
■ Especialista copago	\$0
■ Hospital (instalaciones) coseguro	10%
Otro coseguro	10%

### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

# Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

El deducible general del plan	\$150
■ Especialista copago	\$15
■ Hospital (instalaciones) <u>coseguro</u>	10%
■ Otro coseguro	10%

### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (incluye materiales médicos)

Prueba diagnóstica (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total hi	potético	\$12,730

En este ejemplo, Peg pagaría:

En cate ejempio, i eg pagana.		
Costo compartido		
Deducibles	\$150	
Copagos	\$33	
Coseguro	\$1,247	
Qué no está cubierto		
Límites o exclusiones \$60		
El total que Peg pagaría es	\$1,490	

Costo total hipotético \$7,389
--------------------------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido		
Deducibles	\$150	
Copagos	\$619	
Coseguro	\$229	
Qué no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$255	
El total que Joe pagaría es	\$1,253	

Costo total hipotético	\$1,925

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$150
Copagos	\$15
Coseguro	\$170
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$335

El Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Trabajadores cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Language	Message about Language Assistance
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia
	lingüística. Llame al 707-864-2800.
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 707-864-
	2800.
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 707-864-2800.
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng
	tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 707-864-2800.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수
	있습니다. 707-864-2800. 번으로 전화해 주십시오.
Armenian	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվձար կարող են
	տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ։ Զանգահարեք 707-
	864-2800.
Persian (Farsi)	راید گان به صورت زبانی تسه یلات کدید، می گفتگو فارسی زبان به رگا: توجهت
	ب گیرید. تامس باشد. بامی فراهم 2800-864-707 شمابرای
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 707-864-2800.
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。
Japanese	707-864-2800 まで、お電話にてご連絡ください。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم
Alabic	.707-864-2800
Punjabi	ਾਨਨ ਹਰਤ 2500 ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ
	ਹੈ। 707-864-2800. 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Mon-Khmer,	ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល
Cambodian	គីអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 707-864-2800 ។
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 707-864-2800.
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 707-
	864-2800. पर कॉल कर ।
Thei	_
Thai	ความสนใจ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย, บริการให้ความช่วยเหลือภาษาฟรีที่มีอยู่ โทร 707-864-2800.