



PO Box 52146 | Phoenix, AZ 85072

Disabled Adult Dependent Request Form

Instructions

Please complete this form to request continued coverage for a disabled adult dependent age 26 or above.

1. Fill out the fields below, sign and date the form
2. Attach the physician's summary. If this is a new enrollment, please also include evidence of continuous coverage for your dependent. (See the back of this form for details.)
3. Return the form and documentation to the following address: Oscar Insurance Corporation Attn: Member Services
PO Box 52146,
Phoenix, AZ 85072

Or

email help@hioscar.com Attn: Eligibility.

| SUBSCRIBER INFORMATION | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|------|-------|--|
| ID Number (if already enrolled) | Name (First, Middle initial, Last) | | | Social Security Number ____ - ____ - ____ |
| Street Address | Apt/Floor | City | State | Zip Code |
| Phone Number () - | Email Address | | | |

| DEPENDENT INFORMATION | | | |
|---|---------------|---|--|
| Name (First, Middle initial, Last) | Date of Birth | Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Social Security Number ____ - ____ - ____ |
| Dependent Relationship to Subscriber <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other _____ | | | |

| | |
|---|--|
| The dependent listed above is the unmarried child, stepchild or adoptive child of the subscriber and is age 26 or older. | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| The dependent listed above resides with me or my spouse. | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Has the dependent ever been employed for wages? <input type="checkbox"/> Currently working at / <input type="checkbox"/> Worked in the past at _____ Hours per week _____ Wages per week _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Is the dependent eligible for care under Medicare? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Has the dependent been found eligible as disabled by supplemental security income (SSI) or social security disability insurance (SSDI)? <small>If yes, documentation is required to evaluate disabled dependent coverage. Example: Notice of award letter.</small> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

Please read the following carefully.

I certify that I have carefully and fully read the information on the next page of this form. I also certify that the statements and answers given are complete and correct to the best of my knowledge. No information required to be given, either expressly or by implication, has been knowingly withheld. I have provided supportive documentation on my dependent's disability as requested above and I am aware that without proper documentation coverage may be denied. I am also aware that additional information may be required to make a determination of coverage and that presenting this documentation does not imply automatic coverage.

I agree to promptly advise Oscar Insurance within 30 days of any change that affects the adult dependent's eligibility. I understand that any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claims containing any materially false information, or who conceals, for the purpose of misleading information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act. This is a crime and shall be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

Subscriber Signature _____

Date _____

Physician's Summary

The physician's summary must include the following information:

- Description of the disabling condition, including symptoms associated with the disability;
- The extent to which the disability prevents self-sustaining employment and whether accommodation is possible;
- Date at which the disability began; and
- Current prognosis, including an estimate of when self-sustaining employment may be possible.

Please note that the physician's summary must be written on the physician's office stationery and be signed by the dependent's physician. It should include the physician's contact information (phone number, address, and email).

New Enrollments Only

To be eligible for coverage with Oscar, the dependent must have been continuously covered by another carrier as a child dependent prior to reaching the age of 26. This coverage must also have remained in effect until the date on which coverage with Oscar is requested to begin. Please attach a certificate of creditable coverage or evidence of prior coverage with this form.

Date by Which Paperwork Must be Received (Existing Members Only)

Submission of this application and proof of the dependent's disability must be sent to Oscar within 31 days of the dependent reaching the age of 26.

Eligibility Requirements

Under California law, an adult dependent may be eligible for continued coverage if he or she:

- Is not married;
- Is incapable of self-sustaining employment due to physical handicap or developmental disability; and
- Became so incapable before reaching the age of 22 for the purpose of the Diagnosis and Treatment of Autism and other Developmental Disabilities; or
- Age 26 for all other disabilities

Developmental disability - Means a severe, chronic disability that:

- a. is attributable to a mental or physical impairment or a combination of mental and physical impairments;
- b. is manifested before the Covered Person:
 1. attains age 22 for purposes of the Diagnosis and Treatment of Autism and Other Developmental Disabilities provision; or
 2. attains age 26 for all other provisions.
- c. is likely to continue indefinitely;
- d. results in substantial functional limitations in three or more of the following areas of major life activity: self-care; receptive and expressive language; learning; mobility; self-direction; capacity for independent living; economic self-sufficiency;
- e. reflects the Covered Person's need for a combination and sequence of special interdisciplinary or generic care, treatment or other services which are of, lifelong or extended duration and are individually planned and coordinated. Developmental disability includes but is not limited to severe disabilities attributable to mental retardation, autism, cerebral palsy, epilepsy, spina-bifida and other neurological impairments where the above criteria are met.

Physical handicap - This term refers to a condition, function or physical disability that makes participation in certain usual activities of daily living difficult or impossible. A physical handicap may be present at birth or develop over an individual's lifespan.

Return the form and documentation to: help@hioscar.com, Attn: Eligibility

Please be aware that completed paperwork is required within 31 days of your dependent reaching the terminating age of 26. Additionally, a recertification of disability may be required annually to ensure ongoing coverage.

Notice of Non-Discrimination: Discrimination is Against the Law

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

Oscar:

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

If you need these services, contact Member Services at 1-855-OSCAR-55 (TTY: 7-1-1).

If you believe that Oscar has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

NY/NJ/TX Members: Oscar Insurance, Attention Grievances PO Box 278, New York, NY 10013

CA Members: Oscar Health Plan of California, Attention Grievances 9942 Culver City Blvd., PO Box 1279, Culver City, CA 90232

1-855-OSCAR-55 (TTY: 7-1-1), Mon - Fri 8 am - 8 pm/ Sat - Sun 9 am - 5 pm (EST), Fax: 1-888-977-2062, Email: help@hioscar.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Oscar's Grievances Department is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F,
HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Assistance Services for the Deaf or Hard of Hearing

ATTENTION: If you are deaf or hard of hearing, talk to text services, free of charge, are available to you. Call 1-855-Oscar-55 and dial 711 to receive TTY/TDD services.

Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm. Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm për aplikimin ose mbulimin tuaj nëpërmjet Oscar. Kontrolloni për data të rëndësishme në këtë njoftim. Mund t'ju duhet të ndërmerrni veprim brenda afateve të caktuara për të mbuluar koston shëndetësore ose për ndihmën. Keni të drejtë ta merrni këtë informacion dhe ndihmë falas në gjuhën tuaj. Telefononi numrin 1-855-OSCAR-55.

يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة بخصوص طلبك أو تغطيتك من خلال Oscar. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ اجراء في تواريخ نهائية معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة في دفع التكاليف. لك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. اتصل بالرقم 1-855-OSCAR-55.

Սույն ծանուցումը պարունակում է կարևոր տեղեկություն: Սույն ծանուցումը կարևոր տեղեկություն է պարունակում Ձեր դիմումի կամ Oscar ապահովագրական ծածկույթի մասին: Փնտրե՛ք ծանուցման մեջ ներկայացված էական ամսաթվերը: Ձեզնից կարող է պահանջվել մինչև որոշակի վերջնաժամկետները ձեռնարկել գործողություններ Ձեր առողջության ապահովագրական ծածկույթը պահպանելու կամ ծախսերի հետ կապված օգնություն ստանալու համար: Դուք իրավունք ունեք այս տեղեկատվությունն ու օգնությունն անվճար ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Ձանգահարե՛ք 1-855-OSCAR-55.

এই নোটিশে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য আছে। এই নোটিশে আপনার আবেদনপত্র অথবা কভারেজ সম্পর্কে Oscar -এ গুরুত্বপূর্ণ তথ্য রয়েছে। এই নোটিশের গুরুত্বপূর্ণ তারিখগুলো দেখুন। আপনাকে হয়তো সুনির্দিষ্ট কোন সময়সমীমার ভেতরে কোন পদক্ষেপ নিতে হতে পারে আপনার স্বাস্থ্য বীমা চালু রাখতে অথবা ব্যয় বহনের সাহায্যে। আপনার অধিকার আছে বিনা খরচে আপনার নিজস্ব ভাষাতে সাহায্য পাবার এবং তথ্য জানবার। কল করুন ১-৮৫৫-অস্কার-৫৫

本通知有重要的訊息。本通知有關於您透過 Oscar 提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或者費用補貼。您有權利免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話 1-855-OSCAR-55。

این اعلامیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اعلامیه حاوی اطلاعات مهمی درباره فرم تقاضا و یا پوشش بیمه ای شما توسط Oscar می باشد. به تاریخ های مهم در این اعلامیه توجه کنید. شما برای حفظ پوشش مزایای سلامتی خود و یا کمک در زمینه مخارج ممکن است لازم باشد تا در تاریخ های مشخصی کارهای خاصی را انجام دهید. شما حق این را دارید که این اطلاعات و کمک را به زبان خود و به طور رایگان دریافت نمایید. لطفا با شماره 1-855-OSCAR-55 تماس بگیرید.

Cet avis contient des informations importantes. Cet avis contient des informations importantes concernant votre demande ou couverture par l'intermédiaire d'Oscar. Recherchez les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures avant une échéance spécifiée afin de conserver votre couverture santé ou aide financière. Vous avez le droit d'obtenir ces informations et de l'aide dans votre langue gratuitement. Appelez le 1-855-OSCAR-55.

Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz über Oscar. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Es ist möglicherweise notwendig, bis zu bestimmten Stichtagen zu handeln, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter 1-855-OSCAR-55.

Αυτή η ειδοποίηση περιλαμβάνει σημαντικές πληροφορίες. Αυτή η ειδοποίηση περιλαμβάνει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την αίτησή σας ή την κάλυψή σας από την Oscar. Εδώ, θα βρείτε βασικές ημερομηνίες. Ενδέχεται να χρειαστεί να ενεργήσετε εντός ορισμένων προθεσμιών για να διατηρήσετε την ασφαλιστική κάλυψη υγείας ή την υποστήριξή σας με κάποιο κόστος. Έχετε το δικαίωμα να λάβετε αυτές τις πληροφορίες, καθώς και βοήθεια, χωρίς καμία χρέωση. Καλέστε στον αριθμό 1-855-OSCAR-55.

આ સુચના મહત્વની છે. આ સુચના તમારી અરજી અથવા Oscar માટેની મહત્વની માહિતી ધરાવે છે. આ સુચનામાં મહત્વની તારીખો જુઓ. તમારે તમારા હેલ્થ કવરેજ અથવા ખર્ચ માટેની મદદની સમયમર્યાદામાં જરૂર પડી શકે છે. તમને તમારી ભાષામાં નિશ્ચલ મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-855-OSCAR-55 પર ફોન કરો.

Avi sila a gen Enfòmasyon Enpòtan ladann. Avi sila a gen enfòmasyon enpòtan konsènan aplikasyon w lan oswa konsènan kouvèti asirans lan atravè Oscar. Chèche dat ki enpòtan nan avi sila a. Ou ka gen pou pran kèk aksyon avan sèten dat limit pou ka kenbe kouvèti asirans sante w la oswa pou yo ka ede w avèk depans yo. Se dwa w pou resewva enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Rele nan 1-855-OSCAR-55.

इस नोटिस में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस नोटिस में आपके आवेदन या Oscar के माध्यम से बीमे के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस नोटिस में मुख्य तारीखें देखें। अपना स्वास्थ्य बीमा बनाए रखने या लागतों में मदद के लिए आपको कुछ निश्चित समय सीमा तक कार्रवाई करने की ज़रूरत हो सकती है। आपको कोई कीमत दिए बिना यह जानकारी और सहायता अपनी भाषा में प्राप्त करने का अधिकार है। 1-855-OSCAR-55 पर कॉल करें।

Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb. Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb txog koj daim ntawv thov kev pab los yog koj qhov kev pab cuam los ntawm Oscar. Saib cov caij nyoog los yog tej hnuv tseem ceeb uas sau rau hauv daim ntawv no kom zoo. Tej zaum koj kuj yuav tau ua qee yam uas pab kom koj ua tsis pub dhau cov caij nyoog uas teev tseg rau hauv daim ntawv no mas koj thiaj yuav tau txais kev pab cuam kho mob los yog kev pab them tej nqi kho mob ntawd. Koj muaj cai kom lawv muab cov ntsiab lus no uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-855-OSCAR-55.

Questo avviso contiene informazioni importanti sulla tua domanda o copertura attraverso Oscar. Cerca le date chiave in questo avviso. Potrebbe essere necessario un tuo intervento entro una scadenza determinata per consentirti di mantenere la tua copertura o sovvenzione. Hai il diritto di ottenere queste informazioni e assistenza nella tua lingua gratuitamente. Chiama 1-855-OSCAR-55.

この通知には重要な情報が含まれています。Oscarの申請または補償範囲に関する大切な情報です。通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険を継続したり費用支援を受けるには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。この情報やサポートを無料でご希望の言語によって受けることができます。1-855-OSCAR-55までお電話ください。

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ មានព័ត៌មានយ៉ាងសំខាន់។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ មានព័ត៌មានយ៉ាងសំខាន់ អំពីទម្រង់ ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកតាមរយៈ Oscar ។ សូមស្វែងរកកាលបរិច្ឆេទសំខាន់នៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ លោកអ្នកប្រហែលជាត្រូវចាត់វិធានការទៅតាមកាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ជាក់លាក់ណាមួយ ដើម្បីរក្សាទុកការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ឬជំនួយក្នុងបង់ប្រាក់។ លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលព័ត៌មាននេះ និងជំនួយនៅក្នុងភាសារបស់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-OSCAR-55 ។

본 통지서에는 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 통지서에는 귀하의 신청 또는 Oscar를 통한 커버리지에 관한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하의 의료 커버리지를 계속 유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하에게는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담 없이 제공받을 권리가 있습니다. 1-855-OSCAR-55번으로 전화해 주십시오.

ແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ແຈ້ງການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບໄປຄໍາຮ້ອງ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຜ່ານ Oscar. ຊອກເບິ່ງວັນທີສໍາຄັນຢູ່ໃນແຈ້ງການນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ດໍາເນີນການຕາມກຳນົດເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້ ເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອພ້ອມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໄວ້. ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-OSCAR-55.

To ogłoszenie zawiera ważne informacje. To ogłoszenie zawiera ważne informacje odnośnie Państwa wniosku lub zakresu świadczeń poprzez Oscar. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty zawarte w tym ogłoszeniu, aby nie przekroczyć terminów w przypadku utrzymania polisy ubezpieczeniowej lub pomocy związanej z kosztami. Macie Państwo prawo do bezpłatnej informacji oraz pomocy we własnym języku. Zadzwońcie pod numer 1-855-OSCAR-55.

ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵੱਲੋਂ ਖਾਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵੱਲੋਂ Oscar ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਅਤੇ ਅਰਜੀ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵੱਲੋਂ ਖਾਸ ਤਾਰੀਖਾਂ ਲਈ ਵੇਖੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਤ ਕਵਰੇਜ ਰੱਖਣੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਉਸ ਦੀ ਲਾਗਤ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਦੇ ਵਿਛੋੜ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਤਮ ਤਾਜ਼ਰਬ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁਝ ਖਾਸ ਕਦਮ ਚੁੱਕਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਫਤ ਵੱਲੋਂ ਅਤੇ ਅਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਲੋਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। 1-855-OSCAR-55 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через Oscar. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону 1-855-OSCAR-55.

Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Oscar. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al 1-855-OSCAR-55.

Ang Paunawang ito ay may Mahalagang Impormasyon. Ang paunawang ito ay may mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o saklaw sa pamamagitan ng Oscar. Hanapin ang mahahalagang petsa sa paunawang ito. Maaaring may kailangan kang gawin bago sumapit ang ilang partikular na deadline upang mapanatili ang iyong saklaw o tulong sa kalusugan nang walang bayad. May karapatan kang makuha ang impormasyong ito at makatanggap ng tulong nang nasa iyong wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-OSCAR-55.

ประกาศนี้ มีข้อมูลสำคัญ วัตถุประสงค์ของข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการสมัครหรือขอขอบเขตในการคุ้มครองประกันสุขภาพของคุณผ่าน Oscar ดูกำหนดการในประกาศนี้ คุณอาจจะต้องดำเนินการภายในกำหนดเวลาที่แน่นอนเพื่อจะรักษาประกันสุขภาพของคุณหรือการช่วยเหลือในค่าใช้จ่าย คุณมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-OSCAR-55

Ця повідомлення містить важливу інформацію. Це повідомлення містить важливу інформацію про Ваше звернення щодо страхувального покриття через програму OSCAR. Зверніть увагу на ключові дати, вказані у цьому повідомленні. Існує імовірність того, що Вам треба буде здійснити певні кроки у конкретні кінцеві строки для того, щоб зберегти Ваше медичне страхування або отримати фінансову допомогу. У Вас є право на отримання цієї інформації та допомоги безкоштовно на Вашій рідній мові. Дзвоніть за номером телефону 1-855-OSCAR-55.

اس نوٹس میں اہم معلومات ہے۔ اس نوٹس میں آپ کی درخواست یا پھر Oscar کے ذریعے آپ کو حاصل ہونے والے تحفظ کے بارے میں اہم معلومات ہے۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو دیکھیں۔ ہو سکتا ہے آپ کو اپنی صحت کی خدمات کو برقرار رکھنے یا پھر لاگت کے سلسلے میں بعض حتمی تاریخوں سے پہلے کچھ اقدامات کرنے کی ضرورت ہو۔ آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے 1-855-OSCAR-55 پر کال کریں۔

Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng bản về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình Oscar. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số 1-855-OSCAR-55.

דאס מעלדונג האט וויכטיק אינפארמאציע. דאס מעלדונג האט וויכטיק אינפארמאציע וועגן אייער אינפארמאציע און אדער דעקונג דורך Oscar. קוק אויף וויכטיקע דאטעס אין דאס מעלדונג. עס איז מיגלעך אסאך מיטן האנדלען אויף זיכערער טעראמינען צו האלטן אייער געזונט דעקונג און דער הילף מיט דאס קאסט. איר האט דאס רעכט צו האבן דאס אינפארמאציע און דער הילף און אייער שפראך אומזיסט. 1-855-OSCAR-55 קולונג.