



## Registro de viajes del Programa de reembolso de gastos de transporte para familiares y amigos

### Instrucciones:

- Debe llamar a MTM al 888-597-1192 antes de su cita médica. Durante esta llamada, recibirá un número de viaje. Deberá anotar el número en este registro de viaje. Para obtener el reembolso, debe presentar un Registro de viaje para todas las solicitudes de viajes.
- Envíe los registros de viaje en un plazo máximo de 60 días a partir de la fecha de la primera cita.
- Cualquier profesional de la salud del centro puede firmar el registro de viaje. *Esto incluye enfermeros, terapeutas, asistentes médicos o enfermeros practicantes.* No necesariamente tiene que ser el médico.
- Si tuvo que pagar peajes o estacionamiento, incluya los recibos en su registro de viaje.
- Le sugerimos que haga copias del registro de viaje para reembolso de gastos de transporte de familiares y amigos de NH en blanco. Si necesita una nueva copia de este formulario, puede llamar y solicitar que se le envíe por correo, o puede descargar este formulario en <https://www.mtm-inc.net/mileage-reimbursement/>
- Un viaje de ida es desde su domicilio hasta el lugar de la cita. Un viaje de ida y vuelta es desde su domicilio hasta el lugar de la cita y luego de regreso a su domicilio. Para viajes con más paradas, como un viaje adicional desde la primera cita hasta una segunda cita antes de regresar a casa, ingrese cada tramo del viaje en una línea separada, por ejemplo:
  - 1.º tramo: de casa al primer médico.
  - 2.º tramo: del primer médico al segundo médico.
  - 3.º tramo: del segundo médico a casa.
- Si no tiene un registro de viaje, solicite a su profesional de atención médica una nota con el membrete del centro. La nota debe indicar que usted fue atendido/a y la fecha de la cita. Una vez que tenga un nuevo registro de viaje, adjunte la nota de su proveedor de atención médica en lugar de una firma.
- No se procesarán los formularios incompletos. Es su responsabilidad completar este formulario correctamente.
- Guarde una copia de su registro de viaje para sus archivos.
- **¿Preguntas sobre el proceso de reembolso? Llame al: 1-888-513-0703.**

Envíe los registros completados por correo electrónico, correo postal o fax a:

Correo electrónico: [payme@mtm-inc.net](mailto:payme@mtm-inc.net)

MTM, Attention: Trip Logs  
16 Hawk Ridge Dr.  
Lake St. Louis, MO 63367

Fax: 1-888-513-1610

### Información requerida para el registro de NUEVOS conductores

- Debe registrarse como conductor/a si conduce usted mismo/a o lleva a un familiar o amigo a una cita médica para que se apruebe el reembolso.
- Se debe completar un **Formulario de registro de nuevo conductor** para cada conductor individualmente.
- Recuerde incluir una fotocopia de su licencia de conducir (anverso y reverso) al enviar el **Formulario de registro de nuevo conductor**.
- Cualquier formulario enviado con información incompleta o sin archivos adjuntos será rechazado.

Información del/de la miembro	Nombre:	Apellido:	N.º de Medicaid:
	Dirección:		Teléfono:
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Información de pago	Realice el pago a:	Fecha de nac.:	
	Dirección:	Teléfono:	
	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**Registro de viaje revisado en diciembre de 2025.** Esta comunicación contiene información confidencial y está destinada exclusivamente al uso por parte del destinatario previsto. Puede contener información privilegiada y exenta de divulgación en virtud de la legislación aplicable. Si usted no es el/la destinatario/a previsto/a de esta comunicación, le informamos que queda estrictamente prohibida cualquier divulgación, copia, distribución o uso no autorizado de la misma. Por favor, notifique también a MTM al 1-888-561-8747 y devuelva la comunicación a la dirección de origen. If you, or someone you're helping, has questions about MTM, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888-561-8747. Si usted, o alguien a quien esté ayudando, tiene preguntas acerca de MTM, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888-561-8747. No discriminación. El cliente tiene derecho a recibir servicios de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C.A., 2000d, y siguientes; el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, 29 U.S.C.A. 794; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, 42 U.S.C.A. 12101 y siguientes; y todas las enmiendas a cada una de ellas, así como todos los requisitos impuestos por las regulaciones emitidas de conformidad con estas Leyes, en particular 45 C.F.R. Parte 80 (relativa a la raza, el color y el origen nacional), 45 C.F.R. Parte 84 (relativa a la discapacidad), 45 C.F.R. Parte 86 (relativa al sexo) y 45 C.F.R. Parte 91 (relativa a la edad).



nh healthy families.

**Registro de viajes del Programa de reembolso de gastos de transporte para familiares y amigos (continuación)**

<b>Viaje 1</b>	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde lo/la recogieron: <input type="checkbox"/> Su domicilio <input type="checkbox"/> Otra			Teléfono del proveedor de atención médica:
	Nombre del/de la conductor/a:	N.º de licencia de conducir:		¿Está completo el formulario de registro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del proveedor de atención médica:	Dirección del proveedor de atención médica:		
	Certifico que este/a paciente fue atendido/a por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	<b>Firma y cargo del proveedor de atención médica:</b> ▶		
<b>Viaje 2</b>	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde lo/la recogieron: <input type="checkbox"/> Su domicilio <input type="checkbox"/> Otra			Teléfono del proveedor de atención médica:
	Nombre del/de la conductor/a:	N.º de licencia de conducir:		¿Está completo el formulario de registro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del proveedor de atención médica:	Dirección del proveedor de atención médica:		
	Certifico que este/a paciente fue atendido/a por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	<b>Firma y cargo del proveedor de atención médica:</b> ▶		
<b>Viaje 3</b>	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde lo/la recogieron: <input type="checkbox"/> Su domicilio <input type="checkbox"/> Otra			Teléfono del proveedor de atención médica:
	Nombre del/de la conductor/a:	N.º de licencia de conducir:		¿Está completo el formulario de registro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del proveedor de atención médica:	Dirección del proveedor de atención médica:		
	Certifico que este/a paciente fue atendido/a por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	<b>Firma y cargo del proveedor de atención médica:</b> ▶		
<b>Viaje 4</b>	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde lo/la recogieron: <input type="checkbox"/> Su domicilio <input type="checkbox"/> Otra			Teléfono del proveedor de atención médica:
	Nombre del/de la conductor/a:	N.º de licencia de conducir:		¿Está completo el formulario de registro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del proveedor de atención médica:	Dirección del proveedor de atención médica:		
	Certifico que este/a paciente fue atendido/a por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	<b>Firma y cargo del proveedor de atención médica:</b> ▶		
<b>Viaje 5</b>	Número de viaje (llame a MTM para obtenerlo antes de su viaje):	Fecha de la cita:	Hora de la cita:	Tipo: <input type="checkbox"/> Ida y vuelta <input type="checkbox"/> Solo ida
	Dirección donde lo/la recogieron: <input type="checkbox"/> Su domicilio <input type="checkbox"/> Otra			Teléfono del proveedor de atención médica:
	Nombre del/de la conductor/a:	N.º de licencia de conducir:		¿Está completo el formulario de registro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del proveedor de atención médica:	Dirección del proveedor de atención médica:		
	Certifico que este/a paciente fue atendido/a por un servicio de salud cubierto por Medicaid.	<b>Firma y cargo del proveedor de atención médica:</b> ▶		
Completé este formulario y confirmo que la información contenida en este registro de viaje es verdadera.		<b>Firma del/de la miembro, padre/madre/tutor legal o representante:</b> ▶		

**Registro de viaje revisado en diciembre de 2025.** Esta comunicación contiene información confidencial y está destinada exclusivamente al uso por parte del destinatario previsto. Puede contener información privilegiada y exenta de divulgación en virtud de la legislación aplicable. Si usted no es el/la destinatario/a previsto/a de esta comunicación, le informamos que queda estrictamente prohibida cualquier divulgación, copia, distribución o uso no autorizado de la misma. Por favor, notifique también a MTM al 1-888-561-8747 y devuelva la comunicación a la dirección de origen. If you, or someone you're helping, has questions about MTM, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888-561-8747. Si usted, o alguien a quien esté ayudando, tiene preguntas acerca de MTM, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888-561-8747. No discriminación. El cliente tiene derecho a recibir servicios de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C.A., 2000d, y siguientes; el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, 29 U.S.C.A. 794; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, 42 U.S.C.A. 12101 y siguientes; y todas las enmiendas a cada una de ellas, así como todos los requisitos impuestos por las regulaciones emitidas de conformidad con estas Leyes, en particular 45 C.F.R. Parte 80 (relativa a la raza, el color y el origen nacional), 45 C.F.R. Parte 84 (relativa a la discapacidad), 45 C.F.R. Parte 86 (relativa al sexo) y 45 C.F.R. Parte 91 (relativa a la edad).



### Declaración de no discriminación

NH Healthy Families cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género), discapacidad mental o física, estado civil, información genética, fuente de pago, credo, religión o ascendencia. NH Healthy Families no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), discapacidad mental o física, estado civil, información genética, fuente de pago, credo, religión o ascendencia.

NH Healthy Families:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas
  - Si necesita estos servicios, comuníquese con NH Healthy Families al 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

Si considera que NH Healthy Families no le ha prestado estos servicios o lo/la ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género), discapacidad mental o física, estado civil, información genética, fuente de pago, credo, religión o ascendencia, puede presentar una queja ante:

- **1557 Coordinator,**
- **PO Box 31384, Tampa, FL 33631,**
- **1-855-577-8234,**
- **TTY: 711,**
- **POR FAX: 866-388-1769,**
- **CORREO ELECTRÓNICO: SM\_Section1557Coord@centene.com.**

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro **Coordinador 1557** está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por vía electrónica a través del portal de quejas de dicha agencia en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

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)

Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Este aviso está disponible en el sitio web de NH Healthy Families:

<https://www.nhhealthyfamilies.com/members/medicaid/resources/non-discrimination-notice.html>.

**Registro de viaje revisado en diciembre de 2025.** Esta comunicación contiene información confidencial y está destinada exclusivamente al uso por parte del destinatario previsto. Puede contener información privilegiada y exenta de divulgación en virtud de la legislación aplicable. Si usted no es el/la destinatario/a previsto/a de esta comunicación, le informamos que queda estrictamente prohibida cualquier divulgación, copia, distribución o uso no autorizado de la misma. Por favor, notifique también a MTM al 1-888-561-8747 y devuelva la comunicación a la dirección de origen. If you, or someone you're helping, has questions about MTM, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888-561-8747. Si usted, o alguien a quien esté ayudando, tiene preguntas acerca de MTM, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888-561-8747. No discriminación. El cliente tiene derecho a recibir servicios de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, 42 U.S.C.A., 2000d, y siguientes; el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, 29 U.S.C.A. 794; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, 42 U.S.C.A. 12101 y siguientes; y todas las enmiendas a cada una de ellas, así como todos los requisitos impuestos por las regulaciones emitidas de conformidad con estas Leyes, en particular 45 C.F.R. Parte 80 (relativa a la raza, el color y el origen nacional), 45 C.F.R. Parte 84 (relativa a la discapacidad), 45 C.F.R. Parte 86 (relativa al sexo) y 45 C.F.R. Parte 91 (relativa a la edad).

## Language and Alternative Formats

### English:

If you or someone you are helping have questions about NH Healthy Families, you have the right to get help and information in your language at no cost. This includes language assistance services, auxiliary aids and services, larger font, oral translation, and other alternative formats. To obtain this, or to speak with an interpreter, please call Member Services at [1-866-769-3085](tel:1-866-769-3085) (TDD/TTY [1-855-742-0123](tel:1-855-742-0123)).

### Español (Spanish):

Si usted o alguien a quien ayuda tiene preguntas sobre NH Healthy Families, tiene derecho a recibir asistencia e información en su idioma sin costo alguno. Esto incluye servicios de asistencia lingüística, ayudas y servicios auxiliares, letra más grande, traducción oral y otros formatos alternativos. Para solicitarlo o hablar con un intérprete, llame al Servicio para miembros al [1-866-769-3085](tel:1-866-769-3085) (TDD/TTY [1-855-742-0123](tel:1-855-742-0123)).

### Français (French):

Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'NH Healthy Families, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Cela comprend les services d'assistance linguistique, les aides auxiliaires et les services, les caractères plus grands, la traduction orale et d'autres formats alternatifs. Pour obtenir ces services ou pour parler à un interprète, veuillez appeler les services aux membres au [1-866-769-3085](tel:1-866-769-3085) (TDD/TTY [1-855-742-0123](tel:1-855-742-0123)).

### 中文 (Chinese):

如果您或您的帮助对象对 NH Healthy Families 有疑问，您有权免费获得以您所用语言提供的帮助和信息，其中包括语言协助服务、辅助工具和服务、大字体、口译及其他替代格式。如需获得这些服务或与口译员交谈，请拨打 [1-866-769-3085](tel:1-866-769-3085) (TDD/TTY [1-855-742-0123](tel:1-855-742-0123)) 联系会员服务部。

### नेपाली (Nepali):

यदि तपाईं वा तपाईंले सहयोग गरिरहनुभएको कसैलाई NH Healthy Families सम्बन्धी कुनै प्रश्न भएमा, तपाईंलाई निःशुल्क रूपमा आफ्नै भाषामा सहायता तथा जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यसमा भाषा सहायता सेवाहरू, सहायक साधन तथा सेवाहरू, ठूलो फन्ट, मौखिक अनुवाद, र अन्य वैकल्पिक ढाँचाहरू समावेश छन्। यी सेवाहरू प्राप्त गर्न वा दोभाषेसँग कुरा गर्न, कृपया सदस्य सेवामा [1-866-769-3085](tel:1-866-769-3085) (TDD/TTY [1-855-742-0123](tel:1-855-742-0123)) मा कल गर्नुहोस्।

### Tiếng Việt (Vietnamese):

Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về NH Healthy Families, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Điều này bao gồm cả các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, các dịch vụ và hỗ trợ cho người khuyết tật, phông chữ lớn, thông dịch, và các định dạng thay thế khác. Để được hỗ trợ, hoặc nói chuyện với một thông dịch viên, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên theo số [1-866-769-3085](tel:1-866-769-3085) (TDD/TTY [1-855-742-0123](tel:1-855-742-0123)).

## Português (Portuguese):

Se você ou alguém que você está ajudando tiver dúvidas sobre o NH Healthy Families, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, sem nenhum custo. Isso inclui serviços de assistência linguística, auxílios e serviços auxiliares, fontes maiores, tradução oral e outros formatos alternativos. Para obtê-lo ou para falar com um intérprete, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Associado pelo telefone 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

## Ελληνικά (Greek):

Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις σχετικά με τις NH Healthy Families (Υγιείς Οικογένειες του Νιού Χάμσαϊρ), έχετε το δικαίωμα να σας παρασχεθεί δωρεάν βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα που μιλάτε. Αυτό περιλαμβάνει υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, βοηθήματα και υπηρεσίες, μεγαλύτερη γραμματοσειρά, προφορική μετάφραση και άλλους εναλλακτικούς τύπους. Για να τα λάβετε αυτά, ή για να μιλήσετε με έναν διερμηνέα, τηλεφωνήστε στις Υπηρεσίες Μελών στον αριθμό 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

## :العربية (Arabic)

إذا كنت أو أي شخص تساعد توّدان الاستفسار عن برنامج أسر في صحة جيدة (NH Healthy Families)، فيحق لكما الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتكما بالمجان. وتشمل خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات المعاونة والخدمات المساعدة والكتابة بحروف كبيرة والترجمة الشفوية وغيرها من التنسيقات البديلة. للحصول على هذه المساعدة أو للتحدث مع مترجم فوري، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-866-769-3085 (جهاز الاتصالات لضعاف السمع (TDD)/جهاز الاتصالات الكتابي للصم والبكم (TTY)-1-855-742-0123).

## Srpski (Serbo-Croatian):

Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja o NH Healthy Families, imate pravo da dobijete pomoć i informacije na svom jeziku besplatno. Ovo uključuje usluge jezičke pomoći, pomoćna sredstva i usluge, veći font, usmenu prevodilačku uslugu i druge alternativne formate. Da biste to dobili ili razgovarali sa tumačem, pozovite Službu za članove na 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

## Bahasa Indonesia (Indonesian):

Jika Anda atau seseorang yang sedang Anda bantu memiliki pertanyaan-pertanyaan tentang NH Healthy Families, Anda berhak untuk mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa biaya. Hal ini termasuk layanan-layanan bantuan bahasa, alat-alat bantu dan layanan-layanan tambahan, fon yang lebih besar, terjemahan lisan, dan format-format alternatif lainnya. Untuk memperoleh layanan bantuan ini, atau berbicara dengan juru bahasa, silakan hubungi Layanan Anggota di 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

## 한국어 (Korean):

귀하 또는 귀하가 돕고 있는 사람이 NH Healthy Families에 대해 질문이 있는 경우, 귀하는 무료로 자신이 구사하는 언어로 도움과 정보를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 언어 지원 서비스, 보조 기기 및 서비스, 큰 활자, 구두 번역, 그리고 기타 대체 형식이 포함됩니다. 이 서비스를 받거나 통역사와 상담하려면 가입자 서비스(Member Services)에 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123)로 전화하세요.

**Русский язык (Russian):**

Если у Вас или у кого-то, кому Вы помогаете, возникнут вопросы о NH Healthy Families, Вы имеете право получить помощь и информацию на Вашем языке бесплатно. Это включает услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и услуги, более крупный шрифт, устный перевод и другие альтернативные форматы. Чтобы получить эти услуги или поговорить с переводчиком, пожалуйста, позвоните в Службу поддержки участников по номеру 1-866-769-3085 (TDD Текстовый телефон/TTY Для лиц с нарушениями слуха 1-855-742-0123).

**Kreyòl (French Creole):**

Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon sou NH Healthy Families, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san ou pa peye. Sa enkli sèvis asistans nan lang, èd ak sèvis oksilyè, pi gwo ekriti, tradiksyon oral, ak lòt fòm altènatif. Pou jwenn li oswa pou pale ak yon entèprèt, tanpri rele Sèvis Manm nan 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

**Kinyarwanda (Rwanda):**

Iyo wowe cyangwa umuntu uri gufasha afite ikibazo kuri NH Healthy Families, ufite uburenganzira bwo kubona ubufasha n'amakuru mu rurimi rwawe nta kiguzi. Aha harimo serivisi z'ubufasha bw'indimi, serivisi z'itanga ibikoresho n'ubufasha ku bafite ubumuga, inyandiko nini, gusemur aindimi, n'indi miterere. Kugira ngo ubone ibi, cyangwa uvugishe umusemuzi, hamagara Serivisi z'abanyamuryango kuri 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

**Polski (Polish):**

Jeśli Pan/Pani lub osoba, której Pan/Pani pomaga, ma pytania dotyczące programu NH Healthy Families, ma Pan/Pani prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Obejmuje to usługi pomocy językowej, pomocnicze pomoce i usługi, większą czcionkę, tłumaczenie ustne i inne alternatywne formaty. Aby skorzystać z tych usług lub porozmawiać z tłumaczem, należy zadzwonić do Działu obsługi klienta pod numer 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).

**Kiswahili (Swahili):**

Ikiwa wewe au mtu unayemhudumia ana maswali kuhusu NH Healthy Families, una haki ya kupata msaada na taarifa kwa lugha yako bila malipo. Hii inajumuisha huduma za msaada wa lugha, huduma saidizi, fonti kubwa, tafsiri ya mazungumzo, na miundo mingine mbadala. Ili kupata huduma hizi, au kuongea na mkalimani, tafadhali piga simu Huduma za Wanachama kwa 1-866-769-3085 (TDD/TTY 1-855-742-0123).