



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamada primas) se entregará por separado. Este es sólo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para pedir una copia de los términos completos de su cobertura, llame a PAI al 1-866-798-0803 o visite www.paisc.com. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, balance de la factura, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.paisc.com o llame al 1-866-798-0803 y pida una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante esto: |
|---|--|---|
| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante?: |
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> global? | \$0 | Consulte la tabla de eventos médicos comunes que se encuentra a continuación para conocer sus costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> . |
| ¿Están cubiertos los servicios antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. <u>Servicios de prevención</u> . | Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</u> . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No tiene que alcanzar un <u>deducible</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | No corresponde. | Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos de bolsillo</u> en sus gastos. |
| ¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | No corresponde. | Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos de bolsillo</u> en sus gastos. |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red del plan</u> ? | Sí. Visite www.myfirsthealth.com o llame sin cargo a First Health al teléfono 1(800)226-5116 para solicitar una lista de proveedores de la red. | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que el <u>proveedor</u> cobra y lo que el <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga presente que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para consultar a un <u>especialista</u> ? | No. | Puede consultar al <u>especialista</u> de su elección sin una <u>derivación</u> . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Atención preventiva: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Atención preventiva: Coseguro del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Los beneficios solo se proporcionan para los servicios de Atención preventiva según se describe en la Patient Protection and Affordable Care Act (Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente o PPACA, por sus siglas en inglés). Los servicios para tratar una lesión o enfermedad no tienen cobertura. |
| | Consulta con un especialista | Atención preventiva: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Atención preventiva: Coseguro del 60 % Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | |
| | Atención preventiva/examinación/vacunas | Sin cargo para los Servicios preventivos descritos en la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA) | Atención preventiva: Coseguro del 60 %. | |
| Si tiene que someterse a un examen | Examen de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Atención preventiva: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Atención preventiva: Coseguro del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Solo se cubren los beneficios de Atención preventiva aprobados por la ACA. Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos . Pregunte al proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan .* |
| | Imágenes (TC o TEP, RMN) | No está cubierto. | No está cubierto. | Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta médica llamando al 1-866-798-0803 | Medicamentos genéricos | No está cubierto. | No está cubierto. | Los anticonceptivos orales, las vacunas, los suplementos seleccionados y la aspirina están cubiertos por este plan de acuerdo con la Atención preventiva de la ACA.* |
| | Medicamentos de marca preferidos | No está cubierto. | No está cubierto. | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | No está cubierto. | No está cubierto. | |
| | Medicamentos especializados | No está cubierto. | No está cubierto. | |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.paisc.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|--|
| | | Proveedor de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) | |
| Si se somete a una cirugía ambulatoria | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | Atención preventiva: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Atención preventiva: Coseguro del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Solo se cubren los beneficios de Atención preventiva aprobados por la ACA.* |
| | Aranceles del médico o cirujano | Atención preventiva: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Atención preventiva: Coseguro del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Solo se cubren los beneficios de Atención preventiva aprobados por la ACA.* |
| Si necesita atención inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | No está cubierto. | No está cubierto. | Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | No está cubierto. | No está cubierto. | Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. |
| | <u>Urgencias médicas</u> | No está cubierto. | No está cubierto. | Este plan proporciona beneficios para los Servicios de atención preventiva según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. |
| Si es hospitalizado | Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación) | No está cubierto. | No está cubierto. | Este plan proporciona beneficios para los Servicios de atención preventiva según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. |
| | Aranceles del médico o cirujano | No está cubierto. | No está cubierto. | Este plan proporciona beneficios para los Servicios de atención preventiva según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.paisc.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| | | Proveedor de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de consumo de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Atención preventiva: Sin cargo. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Atención preventiva: Coseguro del 60 %. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Solo se cubren los beneficios de Atención preventiva aprobados por la ACA. Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos . Luego, consulte lo que pagará su plan .* |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | No está cubierto. | No está cubierto. | Este plan proporciona beneficios para los Servicios de atención preventiva según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Atención preventiva: Sin cargo. Otro tratamiento de maternidad: No está cubierto. | Atención preventiva: Coseguro del 60 %. Otro tratamiento de maternidad: No está cubierto. | Solo se cubren los beneficios de Atención preventiva aprobados por la ACA. Los costos compartidos no se aplican a ciertos servicios preventivos . Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos . Luego, consulte lo que pagará su plan .* |
| | Servicios profesionales de parto/trabajo de parto | Atención preventiva: Sin cargo. Otro tratamiento de maternidad: No está cubierto. | Atención preventiva: Coseguro del 60 %. Otro tratamiento de maternidad: No está cubierto. | Solo se cubren los beneficios de Atención preventiva aprobados por la ACA.* |
| | Servicios del centro de parto/trabajo de parto | No está cubierto | No está cubierto | No está cubierto |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u> | No está cubierto | No está cubierto | Los servicios que no son servicios de Atención preventiva según se describe en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente no estarán cubiertos por el plan. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | No está cubierto | No está cubierto | |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | No está cubierto | No está cubierto | |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | No está cubierto | No está cubierto | |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | No está cubierto | No está cubierto | |
| | <u>Servicios de cuidados paliativos</u> | No está cubierto | No está cubierto | |
| Si su hijo necesita | Examen de la vista para | Atención preventiva: Sin cargo. | Atención preventiva: Coseguro del 60 %. | Este plan proporciona beneficios para los |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el plan o el documento de la póliza en www.paisc.com.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------------|--------------------------------|---|---|---|
| | | Proveedor de la red (pagará menos) | Proveedor fuera de la red (pagará más) | |
| servicios dentales o de la vista | niños | Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Tratamiento de una lesión o enfermedad: No está cubierto. | Servicios de atención preventiva según se describen en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (solo para niños). |
| | Anteojos para niños | No está cubierto | No está cubierto | Los servicios que no son servicios de Atención preventiva según se describe en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente no estarán cubiertos por el plan . |
| | Controles dentales para niños | <u>Atención preventiva:</u> Sin cargo. | <u>Atención preventiva:</u> <u>Coseguro</u> del 60 %. | Cubre solo una evaluación de riesgo de salud bucal para niños pequeños: De 0 a 11 meses, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años y suplementos de quimioprevención con flúor para niños sin flúor en el suministro de agua. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su **Plan**, por lo general, **NO** cubre (consulte la póliza o documento del **plan** para obtener más información, así como una lista de otros **servicios excluidos**).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Atención del quiropráctico • Cirugía cosmética • Atención dental (Adulto) | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de habilitación • Audífonos • Tratamiento por infertilidad • Atención para pacientes hospitalizados • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU. • Atención de enfermería privada • Atención de la vista de rutina (Adulto) • Podología de rutina • Programas para bajar de peso |
|---|--|--|

Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones a estos servicios). Esta no es una lista completa. Consulte el documento del **plan.**

- Atención de la vista de rutina (niños solamente)

Sus derechos para mantener la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si desea mantener la cobertura después de que esta finaliza. La información de contacto de estos organismos es: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform/ Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros o CCIO, por sus siglas en inglés), al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov/ Planned Administrators Inc. al 1-866-798-0803 o en www.paisc.com. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también contienen información completa para enviar una reclamación, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: La información de contacto de estos organismos es: Department of Labor Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados del Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272) o Planned Administrators Inc. al 1-866-798-0803 o en www.paisc.com.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que cualifique para quedar exento del requisito de que tuvo cobertura médica durante ese mes.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? No

Si su plan no cumple el valor mínimo estándar, es posible que califique para un crédito fiscal para primas para ayudarlo a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-798-0803.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-798-0803.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-866-798-0803.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a't'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-866-798-0803.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir los costos en una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.—————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobran y muchos otros factores. Fíjese en los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) \$0
- Hospital (centro) *No está cubierto* %N/C
- Otro *No está cubierto* %N/C

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Citas en el consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/trabajo de parto
 Servicios del centro de parto/trabajo de parto
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita de un especialista (*anestesia*)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,730 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|-----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | 100 % |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$12,617 |
| El total que Peg pagaría es | \$12,617 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) \$0
- Hospital (centro) *No está cubierto* %N/C
- Otro *No está cubierto* %N/C

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Citas en el consultorio de un médico de atención primaria (*incluye educación sobre la enfermedad*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta médica
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$7,389 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | 100 % |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$7,217 |
| El total que Joe pagaría es | \$7,217 |

Fractura simple de Mia

(visita a Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista](#) \$0
- Hospital (centro) *No está cubierto* %N/C
- Otro *No está cubierto* %N/C

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$1,925 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | 100 % |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$1,925 |
| El total que Mia pagaría es | \$1,925 |

Non-Discrimination Statement and Foreign Language Access

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation or health status in our health plans, when we enroll members or provide benefits.

If you or someone you're assisting is disabled and needs interpretation assistance, help is available at the contact number posted on our website or listed in the materials included with this notice (TDD: 711).

Free language interpretation support is available for those who cannot read or speak English by calling one of the appropriate numbers listed below.

If you think we have not provided these services or have discriminated in any way, you can file a grievance by emailing contact@hcrcompliance.com or by calling our Compliance area at 1-800-832-9686 or the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD).

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de este plan de salud, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-396-0183. (Spanish)

如果您，或是您正在協助的對象，有關於本健康計畫方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥 1-844-396-0188。(Chinese)

Nếu quý vị, hoặc là người mà quý vị đang giúp đỡ, có những câu hỏi quan tâm về chương trình sức khỏe này, quý vị sẽ được giúp đỡ với các thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-389-4838 (Vietnamese)

이 건강보험에 관하여 궁금한 사항 혹은 질문이 있으시면 1-844-396-0187로 연락해 주십시오. 귀하의 비용 부담없이 한국어로 도와드립니다. (Korean)

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa planong pangkalusugang ito, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-389-4839 . (Tagalog)

Если у Вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Вашего плана медицинского обслуживания, то Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на русском языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-389-4840. (Russian)

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص خطة الصحة هذه، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل ب 1-844-396-0189 (Arabic)

Si ou menm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan plan sante sa a, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-844-398-6232. (French/Haitian Creole)

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions à propos de ce plan médical, vous avez le droit d'obtenir gratuitement de l'aide et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-396-0190. (French)

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie planu ubezpieczenia zdrowotnego, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-844-396-0186. (Polish)

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre este plano de saúde, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-396-0182. (Portuguese)

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su questo piano sanitario, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-844-396-0184. (Italian)

あなた、またはあなたがお世話をされている方が、この健康保険についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-396-0185 までお電話ください。 (Japanese)

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu diesem Krankenversicherungsplan haben bzw. hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-396-0191 an. (German)

اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید سؤالاتی در باره ی این برنامه ی بهداشتی داشته باشید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم، لطفاً با شماره ی 1-844-398-6233 تماس حاصل نمایید. (Persian-Farsi)

Ni da doodago t'áá háida biká'aná nilwo'ígíí díí Béeso Ách'ááh naa'nilígi háá'ída yí na' idíł kidgo, nihá'áhóót'i' nihí ká'a doo wołgo kwii ha'át'ishjį́ bí na'idołkidígi doo bik'é'azláagóó. Ata' halne'é la' bich'í' ha desdzih nínízingo, kojį́ béésh bee hółne' 1-844-516-6328. (Navajo)