



21 de febrero de 2019

JANE DOE
MAIN ST
CONCORD NH 03301

Aviso importante acerca de sus beneficios. Por favor llame a la oficina del distrito si tiene alguna duda o pregunta. También puede solicitar servicios gratuitos de un intérprete.

¡IMPORTANTE! Lea todo este aviso sobre los requisitos de participación comunitaria del Programa de Atención a la Salud Granite Advantage. Si necesita ayuda para leer o entender este aviso, comuníquese con la Línea de atención al usuario del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-844-275-3447 (1-844-ASK DHHS)**.

Las personas cubiertas por Medicaid a través del Programa de Atención a la Salud Granite Advantage normalmente deben llevar a cabo 100 horas de actividades de participación comunitaria cada mes para mantener la cobertura médica, salvo que estén exoneradas. Algunas exoneraciones comprenden a una persona que tenga una discapacidad, esté embarazada, sea padre, madre o cuidador de un niño menor de seis años, sea débil por razones médicas conforme a la certificación efectuada por un profesional médico autorizado, o esté inscrita en un programa judicial por consumo de sustancias adictivas. Si fue identificado como obligatorio, tendrá por lo menos 75 días a partir de la fecha de esta carta para solicitar la exoneración o empezar actividades calificadoras.

Hay muchas maneras de realizar actividades de participación comunitaria. Las actividades comprenden trabajar, concurrir a una institución educativa, prestar servicios como voluntario, formación laboral y mucho más. Consulte el adjunto **Lo que debe saber** para conocer la lista completa de actividades calificadoras para la participación comunitaria.

Usted nos comunicó previamente que es una persona débil por razones médicas. Para estar exonerado del requisito de participación comunitaria por razones de debilidad médica, debe facilitar documentación de un profesional médico autorizado donde conste su debilidad.

Complete el formulario de autorización adjunto y pida a un profesional médico autorizado que firme la certificación de su debilidad por razones médicas. Una vez que recibamos el formulario firmado cambiaremos su régimen de participación de obligatorio a exento. Es importante que tenga en cuenta que su régimen de participación es obligatorio hasta que recibamos el formulario firmado en el que conste su debilidad por razones médicas.

Cómo presentar los formularios de debilidad por razones médicas y de autorización para la divulgación de información médica.

Después de que firme su formulario de autorización de divulgación de información médica y su proveedor médico autorizado firme el formulario de debilidad, podrá enviar los formularios por Internet a través de NH EASY, entregarlos personalmente en su oficina de distrito local, enviarlos por fax al (603) 271-5623 o por correo postal a: *NH Department of Health and Human Services, Granite Advantage Health Care Program, P.O. Box 3778, Attn: Granite Advantage Health Care Program Manager, Concord, NH 03302-3778.*

Su proveedor también podrá enviarnos estos formularios en su lugar.

Dónde puede encontrar los formularios de debilidad por razones médicas, autorización de divulgación de información médica y exoneración

También podrá encontrar en Internet los formularios adjuntos de debilidad por razones médicas y de autorización de divulgación de información médica, accediendo a NH EASY, llamando al Servicio de atención al usuario y utilizando la opción de autoservicio para solicitar que se le envíe el formulario, o poniéndose en contacto con su oficina de distrito local telefónicamente o en persona. Si considera que puede estar exonerado por motivos distintos a la debilidad por razones médicas, también puede encontrar el formulario de exoneración en NH EASY, llamar al Servicio de Atención al Usuario, o comunicarse con su oficina de distrito local telefónicamente o en persona.

Para que lo exoneren de la participación comunitaria deberá presentar un formulario firmado de debilidad por razones médicas.

Como se indicó más arriba, debe enviarnos su formulario de debilidad por razones médicas firmado por su proveedor autorizado antes del 1 de junio de 2019, para que se lo exonere del requisito de participación comunitaria. También podrá enviarnos el formulario luego del 1 de junio de 2019. Sin embargo, su régimen será obligatorio hasta que recibamos el formulario de debilidad por razones médicas. Si no cumple el requisito de horas y no está exonerado, su elegibilidad para Medicaid podría suspenderse.

RÉGIMEN DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Régimen de participación	Fecha de inicio de la participación	Horas mensuales		
		Obligatorio	Actual	Necesario
Obligatorio	01/06/2019	100	0	100

Si su régimen de participación continúa siendo obligatorio, debe cumplir 100 horas de actividades de participación comunitaria por mes. Puede declarar horas durante todo el mes, pero debe declarar todas las horas antes del 7º día del mes siguiente. Por ejemplo, si la fecha de comienzo de su participación es el 01 de junio de 2019, debe declarar 100 horas de actividades realizadas entre el 01 de junio de 2019 y el 30 de junio de 2019 antes del 7 de julio de 2019.

Cómo saber más sobre la participación comunitaria

Para saber más sobre la participación comunitaria, consulte el adjunto **Lo que debe saber (Things You Need to Know)**. También puede visitar <https://nheasy.nh.gov/#/granite-advantage> para obtener información adicional o llamar al Servicio de Atención al Usuario del DHHS al 1-844-275-3447 (1-844-ASK DHHS).

La mejor manera de gestionar su participación comunitaria es a través de NH-EASY

Para crear su cuenta, vaya a NH EASY ingresando la siguiente dirección URL en su navegador de Internet: <https://nheasy.nh.gov>. Este es su **PIN (número de identificador personal) de NH EASY L4229**. Guárdelo en un lugar seguro donde nadie más pueda verlo. No entregue ni muestre su PIN a nadie.

Acceda a su información de participación comunitaria las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Llame al Servicio de Atención al Usuario y seleccione la opción Granite Advantage en el menú Autoservicio. Este es su **PIN Temporal de Autoservicio 7593**.

Aviso del derecho a recibir modificación razonable

Si tiene una discapacidad que afecta sus posibilidades de cumplir el requisito de participación comunitaria, tiene derecho a una modificación razonable de los requisitos del programa para poder participar. Podemos ayudarlo con la solicitud de exoneración o de motivo justificado, a obtener información sobre la apelación de una suspensión o la desafiliación, la declaración de sus horas de participación comunitaria, y la interpretación de nuestros avisos y las normas del programa.

Si no puede cumplir con parte o con la totalidad de las 100 horas debido a su discapacidad, podemos reducir la cantidad de horas que debe participar, o si cumple los requisitos para la exoneración, podemos exonerarlo totalmente del requisito de participación comunitaria.

Nos complace ofrecerle servicios adicionales, como por ejemplo ayuda para entender el programa Granite Advantage. Algunos ejemplos de lo que podemos explicar comprenden, entre otros, avisos departamentales, requisitos de elegibilidad, requisitos de exoneración, cómo solicitar una exoneración conforme a la ADA, beneficios del programa, cómo determinar la elegibilidad, y cómo cumplir y declarar actividades de participación comunitaria para mantener la elegibilidad.

Si cree que cometimos un error: Su derecho a una apelación administrativa ("Audiencia")

Usted puede apelar nuestra decisión. Por ejemplo, puede apelar si cree que hay un error en su régimen de participación, suspensión o cese de sus beneficios. Si tiene preguntas sobre la medida que tomamos, comuníquese con el Servicio de Atención al Usuario.

Solo llame a la Unidad de Apelaciones Administrativas si quiere solicitar la apelación o si tiene preguntas sobre una apelación vigente. Puede comunicarse directamente con la Unidad de Apelaciones al 1-800-852-3345, extensión 4292. También puede escribir usted mismo una carta para solicitar un recurso de apelación. Envíe su solicitud por escrito a la dirección que se encuentra en la parte superior de la primera página de este aviso. Debe solicitar una apelación en el plazo de 30 días a partir de la fecha de este aviso. Si ya recibe beneficios y solicita una apelación, también puede pedir continuar recibiendo los mismos beneficios mientras espera la decisión sobre su apelación. Si lo quiere hacer, debe solicitar la continuación de sus beneficios en el plazo de 15 días a partir de la fecha de este aviso de la medida para la que presentó la apelación.

Una vez que solicite una apelación, trataremos de solucionar el problema por teléfono o reuniéndonos con usted. Si el problema no se soluciona con una llamada telefónica o una reunión, puede programar una audiencia. Una audiencia es una reunión ente usted, alguien del DHHS y un funcionario de apelaciones. En la audiencia, puede explicar por qué cree que cometimos un error. Para prepararse para la audiencia, puede hacer lo siguiente:

- Pedir una copia de su expediente antes de la audiencia.
- Traer a alguien para que lo acompañe a a la audiencia, como por ejemplo un amigo, un pariente o un abogado, o venir solo. El DHHS **no** pagará el costo de los servicios jurídicos que usted quiera. Sin embargo, en NH puede acceder a servicios legales gratuitos o de costo reducido.
- Traiga documentos, información o testigos para mostrarnos dónde cree que cometimos un error.



28090583267

Formulario BFA 331

**Certificación del profesional médico autorizado de la
debilidad por razones médicas
Programa de Atención a la Salud Granite Advantage**

Esta certificación debe ser completada por un profesional médico autorizado que esté cualificado para evaluar al beneficiario por "debilidad por razones médicas". Esta certificación se utilizará para fundamentar la decisión de que el beneficiario es una persona débil por razones médicas y queda exonerado del requisito de participación comunitaria para el Programa de Atención a la Salud Granite Advantage (Granite Advantage).

El beneficiario **DEBERÁ** enviar este formulario junto con una copia del Formulario BFA 320 Autorización del beneficiario para la divulgación de información médica protegida al Departamento por parte del profesional médico autorizado. Estos formularios podrán enviarse por correo (a la dirección indicada anteriormente), por fax al 603-271-5623, a través de NH EASY, o entregarse en una oficina de distrito local. Estos formularios pueden presentarse a través de NH EASY, iniciando sesión en nheasy.nh.gov, accediendo a la página de participación comunitaria (en inglés: Community Engagement) de Granite Advantage y cargando los formularios. El beneficiario podrá enviar los formularios a NH EASY o entregarlos directamente en la oficina de distrito **solo** si el profesional médico autorizado certificó que el beneficiario es una persona débil por razones médicas.

Una "persona débil por razones médicas" significa un beneficiario, tal como se define en 42 CFR 440.315 (f), con un trastorno mental incapacitante, un trastorno prolongado relacionado con el consumo de sustancias adictivas, un problema de salud grave y complejo, o una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que le impide de manera significativa llevar a cabo una o varias actividades de la vida cotidiana, conforme a la certificación efectuada por un profesional médico.

Parte I. Información del miembro (en letra de imprenta)

N.º de ID de Medicaid: 28090583267

Nombre: Jane Doe		
Dirección del domicilio (si usted es una persona sin hogar escriba N/C):		Ciudad, estado, código postal
Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexo: M F	N.º de teléfono:

Parte II. Certificación del profesional médico autorizado

Como profesional médico autorizado que atiende a este beneficiario, por la presente certifico que el beneficiario es una persona débil por razones médicas debido a que sufre uno o más de los trastornos identificados en la Parte III a continuación:

Parte III. Trastorno de debilidad por razones médicas

Marque TODOS los círculos que correspondan en la tabla que mejor defina el trastorno de debilidad por razones médicas del beneficiario:	
Definición	Categoría
Personas con trastornos mentales incapacitantes	<input type="radio"/> Trastorno psicótico <input type="radio"/> Esquizofrenia <input type="radio"/> Trastorno esquizoafectivo

(arriba)

BFA SR 19-03

Personas con trastornos mentales incapacitantes (continuación)	<input type="radio"/> Depresión severa <input type="radio"/> Trastorno bipolar <input type="radio"/> Trastorno delirante <input type="radio"/> Trastorno obsesivo compulsivo <input type="radio"/> Otro trastorno de salud mental especifique _____
Personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas	<input type="radio"/> El beneficiario tiene un diagnóstico de trastorno relacionado con el consumo de sustancias adictivas conforme a los criterios de DSM-V*. *DSM-V se refiere a la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
Personas con problemas de salud graves y complejos.	<input type="radio"/> La persona cumple los requisitos para recibir los servicios de un centro de cuidados paliativos, <input type="radio"/> <input type="radio"/> La persona tiene un problema de salud grave y complejo Y el problema de salud le impide de manera significativa llevar a cabo una o varias actividades de la vida cotidianas (ADLs, por sus siglas en inglés).
Personas con una incapacidad física	<input type="radio"/> La persona tiene una incapacidad física Y el trastorno le impide de manera significativa llevar a cabo una o varias actividades de la vida cotidiana (ADL).
Personas con una discapacidad intelectual o del desarrollo	<input type="radio"/> La persona tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo tal como se describe a continuación Y el trastorno le impide de manera significativa llevar a cabo una o varias actividades de la vida cotidiana (ADLs). <ul style="list-style-type: none"> • La discapacidad intelectual significa un funcionamiento intelectual general que está significativamente por debajo del promedio junto con deficiencias en la conducta de adaptación. • La discapacidad del desarrollo significa una discapacidad que puede atribuirse a una discapacidad intelectual, parálisis cerebral, epilepsia, autismo, o una discapacidad de aprendizaje específica (o cualquier otro trastorno de una persona que se detecte que sea afín a una discapacidad intelectual en lo que se refiere a la función o afectación intelectual general de la conducta de adaptación, o requiere tratamiento similar al que necesitan las personas con una discapacidad intelectual); que se manifiesta antes de los 22 años de edad y que refleja la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos, apoyos individualizados u otras formas de asistencia, durante toda la vida o por un tiempo prolongado, y que se planifican y coordinan de manera individual.

Anotaciones adicionales del proveedor que incluyen cualquier otra consideración que pueda respaldar la "debilidad por razones médicas" de esta persona.

Esta certificación es válida hasta (no puede exceder el plazo de un año).

Nombre del proveedor (en letra de imprenta):	Fecha:	N.º de contacto: ()
--	--------	-----------------------------

Fecha del proveedor: _____ N.º NPI:

Autorización del beneficiario para que un profesional médico autorizado divulgue su información médica protegida

Programa de Atención a la Salud Granite Advantage

Este formulario autoriza a un profesional médico autorizado a divulgar al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Departamento) la información médica protegida del beneficiario (PHI, por sus siglas en inglés) en relación con la certificación del profesional médico autorizado de que el beneficiario es una persona débil por razones médicas. El beneficiario deberá completar este formulario y entregarlo al profesional médico autorizado que llenará el formulario de certificación del profesional médico autorizado de la debilidad por razones médicas.

El beneficiario **DEBERÁ** enviar al Departamento una copia de este formulario junto con una copia del formulario de certificación del profesional médico autorizado de la debilidad por razones médicas. Estos formularios podrán enviarse al Departamento por correo a la dirección indicada anteriormente, por fax al 603-271-5623, a través de NH EASY, o entregarse en una oficina de distrito local. Estos formularios pueden presentarse a través de NH EASY, iniciando sesión en nheasy.nh.gov, accediendo a la página de participación comunitaria (en inglés: Community Engagement) de Granite Advantage y cargando los formularios. El beneficiario podrá cargar los formularios en NH EASY o entregarlos directamente en su oficina de distrito local solo si el profesional médico autorizado certificó que el beneficiario es una persona débil por razones médicas.

Parte I. Información del beneficiario (en letra de imprenta)

Apellido:	Primer nombre, inicial del segundo nombre:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección del domicilio (si usted es una persona sin hogar escriba N/C):	Ciudad, estado, código postal	N.º de teléfono: ()

Parte II. Finalidad de la divulgación. La finalidad de la divulgación de la PHI, de conformidad con esta autorización, es verificar la certificación del profesional médico autorizado de que el beneficiario es una persona débil por razones médicas y que, en consecuencia, el beneficiario está exonerado de los requisitos de participación comunitaria del Programa de Atención a la Salud Granite Advantage. Entiendo que, si no autorizo la divulgación de esta información, no podré demostrar que cumplo los requisitos para la exoneración con la cumplimentación necesaria del formulario de certificación del profesional médico autorizado de la debilidad por razones médicas.

Marque todo lo que corresponda a continuación:

Por la presente autorizo al profesional médico autorizado que se nombra a continuación a divulgar mi información médica protegida con la finalidad indicada anteriormente:

Nombre del profesional médico: _____
Organización: _____ N.º de teléfono: (____) -- _____
Dirección: _____

Además, por la presente autorizo las divulgaciones específicas siguientes (escriba sus iniciales en la línea a la que correspondan dichas afirmaciones)

- _____ Autorizo específicamente la divulgación de mi historia clínica sobre tratamientos de trastornos de salud mental.
_____ Autorizo específicamente la divulgación de mis resultados o tratamiento de VIH y SIDA.
_____ Autorizo específicamente la divulgación de mi historia clínica sobre el tratamiento para el consumo de alcohol o drogas, de conformidad con 42 CFR, Parte 2.

BFA SR 19-03
(A)

Autorización del beneficiario para permitir la divulgación de su información médica protegida por parte de un profesional médico autorizado - Programa de Atención a la Salud Granite Advantage

____ Otro (especifique) _____.

Autorizo que mi información médica protegida se divulgue a las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: Gerente del Programa de Atención a la Salud Granite Advantage

Organización: Departamento de Salud y Servicios Humanos

Dirección: DHHS, Granite Advantage Health Care Program, P.O. Box 3778, Concord, NH 03302-3778 o n.º de fax 603-271-5623

Entiendo que podré revocar esta autorización notificándolo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos a la dirección que se indica arriba.

Esta autorización vencerá transcurrido un año de la fecha de su firma.

Firma del beneficiario o del representante legal debidamente autorizado

Fecha

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario llame al Servicio de Atención al Usuario de Medicaid del Departamento al 1- 844-275-3447 (1-844-ASK-DHHS).

BFA SR 19-03
(A)

Autorización del beneficiario para permitir la divulgación de su información médica protegida por parte de un profesional médico autorizado - Programa de Atención a la Salud Granite Advantage



Lo que debe saber Participación comunitaria

Actividades

Los afiliados a Granite Advantage que tienen que participar pueden usar una combinación de actividades calificadoras para cumplir con sus requisitos de 100 horas de participación comunitaria, entre las que se incluyen:

- **Empleo:** Tener un empleo.
- **Capacitación:** Recibir capacitación en habilidades laborales, inclusive formación profesional.
- **Educación:** Intentar conseguir un diploma de la escuela secundaria o asistir a una facultad o universidad reconocida.
- **Búsqueda de empleo:** Como por ejemplo buscar empleo y asistir a talleres de preparación para el empleo.
- **Servicio público y a la comunidad:** Prestar servicio voluntario comunitario o público.
- **Servicios de cuidado:** Actuar como cuidador de una persona, que no sea de su núcleo familiar
- **Tratamiento para el consumo de sustancias adictivas:** Recibir tratamiento ambulatorio para el consumo de sustancias adictivas.
- **Sujeto a otro requisito laboral:** Cumplir con un programa de trabajo como por ejemplo TANF o SNAP.

Exoneraciones

Es posible que algunos afiliados a Granite Advantage no puedan tomar parte en la participación comunitaria. Estas personas pueden estar exoneradas y no tendrán que llevar a cabo actividades de participación comunitaria. Las personas que están exoneradas comprenden a aquellas con las siguientes condiciones/situaciones:

- **Discapacitado:** Tiene una discapacidad que le impide participar.
- **Está embarazada:** Está embarazada actualmente o está en los 60 días posteriores al final del embarazo.
- **Débil por razones médicas:** Tiene una afección o un trastorno físico, mental o emocional que le dificulte llevar a cabo actividades cotidianas, conforme a la certificación de un profesional médico autorizado.
- **Enfermedad temporal:** Está enfermo, o recibe tratamiento en el hospital, inclusive tratamiento ambulatorio intensivo (IOP, por sus siglas en inglés) o residencial por consumo de sustancias adictivas.
- **Padre/madre o cuidador:** Es el padre, madre o cuidador de un niño menor de seis años que vive en el hogar con necesidades que requieren atención, conforme a la certificación de un profesional médico autorizado.
- **Programa judicial por consumo de sustancias adictivas certificado por el estado:** Participa en un programa judicial por consumo de sustancias adictivas certificado por el estado, conforme a la certificación de la oficina administrativa del tribunal supremo.
- **Exonerado de otro requisito laboral:** Está exonerado actualmente en TANF, SNAP u otro programa de trabajo.
- **Seguro subsidiado por el empleador:** Está inscrito en el Programa de pago de seguro médico (Health Insurance Premium Payment; HIPP).

Motivo justificado

Algunas veces suceden cosas que están fuera de su control. Si durante el mes le pasa algo fuera de lo normal que evita que cumpla el requisito de las horas, como por ejemplo una urgencia familiar, su automóvil se rompió, o alguien de su núcleo familiar contrae una enfermedad grave, debe presentar una solicitud de motivo justificado que pueda abarcar parte o todas las horas que faltaron.

Cómo solicitar un formulario de exoneración, motivo justificado, o debilidad por razones médicas

Si cree que tiene un motivo de exoneración, motivo justificado para no cumplir con su requisito de horas mensuales, o es débil por razones médicas, puede pedir la exoneración accediendo a NH EASY, llamando al DHHS al 1-844-275-3447 y mediante la opción de autoservicio para solicitar que se le envíe un formulario de exoneración, de motivo justificado o de debilidad por razones médicas de Granite Advantage, o se puede comunicar con su oficina de distrito local por teléfono o en persona.

Cómo declarar sus horas de participación comunitaria

Usted puede declarar y mantener el registro de sus horas declaradas a través de NHEASY, donde también llenará los formularios de declaración de actividad. Si no tiene una cuenta NH EASY, conéctese en Internet a NHEASY.NH.GOV y cree una hoy. Además puede declarar sus horas llamando al DHHS al 1-844-275-3447, personalmente en su oficina de distrito local, enviándolas por correo postal a DHHS Granite Advantage Health Plan, PO Box 3778, Concord, NH 03302-3778 o por fax al (603) 271-5623.



Lo que debe saber Participación comunitaria

Recursos para ayudarlo

Granite Workforce: Granite Workforce es un programa de trabajo piloto que ofrece NH Employment Security (Seguridad en el Empleo de NH, NHES) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de NH. Este programa de trabajo se encuentra disponible para afiliados a Granite Advantage, de 19 a 64 años, que sean:

- Padre o madre responsable de un hijo menor de 18 años.
- Cualquier afiliado a Granite Advantage de 19 a 64 años.

NHES determinará la elegibilidad para el programa y proporcionará servicios de evaluación y de administración de casos. Los administradores de casos de NHES ofrecerán a los afiliados que reúnan las condiciones:

- Inserción laboral directa en el empleo,
- Programas de capacitación práctica,
- Servicios de remisión a programas de educación/formación/pasantía,
- Búsqueda de empleo y ayuda de preparación para el empleo, y
- Remisión a servicios comunitarios para aquellas personas que aún no están preparadas para trabajar.

Granite Workforce puede ofrecer los siguientes apoyos para el empleo a los participantes que reúnen las condiciones. Hasta:

- \$5,000 de ayuda para gastos de matrícula,
- \$650 para costos de vivienda de emergencia,
- \$450 para costos de educación básica,
- \$160 por mes de reembolsos de kilometraje hasta por 4 meses, y/o
- \$100 para gastos de matrícula de cuidado infantil.

Para empleadores interesados

Los empleadores interesados en contratar afiliados a Granite Workforce y recibir un incentivo económico deben ponerse en contacto con NHES para informarse más.

Para saber más sobre el programa piloto Granite Workforce, póngase en contacto con NHES en GraniteWorkforce@NHES.NH.gov o llame al 1-833-658-4760.

Búsqueda de empleo

NH Employment Security
www.NHES.nh.gov/services/job-seekers

NH Works
www.nhworks.org/job-seekers/

Cuidado infantil

Póngase en contacto con la agencia de Child Care Resource and Referral (Recurso y remisión para el cuidado infantil) en www.nh.childcareaware.org

Servicio de voluntariado

Volunteer NH
www.volunteernh.org

Volunteer Match
www.volunteermatch.org

Educación

Departamento de Educación de NH
www.education.nh.gov
Sistema de Universidades Comunitarias de NH
www.ccsnh.edu

UNH – Desarrollo y formación profesional
<https://training.unh.edu>

CCSNH Apprenticeship
www.apprenticeship.org

WRNH
www.ccsnh.edu/workforce-training/workready-nh

**Para obtener más información. visite NHEASY.NH.GOV.
Si no tiene una cuenta NH EASY, puede crear una ahora.**

Get help in your language

English (English)

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a disposición servicios de asistencia lingüística, gratuitos. Llame al 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Ikinyarwanda (Kinyarwanda)

IKITONDERWA: Nuvuga Ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha bw'ururimi, zitishyurwa, urazibona. Hamagara 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

नेपाली (Nepali)

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंको लागि निःशुल्क नेपाली भाषा सहायता सेवा उपलब्ध छ । 1-844-ASK-DHHS (TTY: 1-800-735-2964) मा फोन गर्नुहोस् ।

Kiswahili (Swahili)

TAHADHARI: Ikiwa unaongea Kiswahili, huduma za usaidizi wa lugha ya Kiswahili, zinapatikana kwako bila malipo. Piga simu 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

العربية (Arabic)

انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، هناك خدمة ترجمة مجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال بالرقم 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, Nou mete sèvis asistans lang ki gratis disponib pou ou. Rele nan nimewo 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Ikirundi (Kirundi)

MENYA NEZA: Ukaba uvuga Ikirundi, urashobora kuronswa ubufasha mu gusiguza muzindi ndimi kubuntu. Hamagara kuri 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você fala Português temos serviços gratuitos de assistência linguística disponíveis para você. Ligue para o número 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Soomaali (Somali)

DIGTOONI: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Wac 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Maay (Maay/Mai Mai)

FIIRA QAAS EH: Hattii ka koothaasa af Maay, atheegatha kaalmatha afka, bilaash eh, yaa la kin helee. Han weer 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Get help in your language

မြန်မာစကား (Burmese)

ဂရုပြုရန်- သင်သည် ဗမာစကား ပြောတတ်ပါက သင့်အတွက် အခမဲ့ ဗမာဘာသာ အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများအား ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

Français (French)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont mis à votre disposition gratuitement. Appelez le 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Bosanski (Bosnian) / Hrvatski (Croatian)

PAŽNJA: Ako govorite Bosanski/Hrvatski, besplatne prevodilačke usluge su vam na raspolaganju. Pozovite 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Tiếng Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ tiếng Việt miễn phí sẵn có dành cho quý vị. Hãy gọi 1-844-275-3447 (Dành cho người khiếm thính: TTY: 1-800-735-2964)

普通话 (Mandarin Chinese)

注意：如果您讲普通话，可免费享受普通话帮助服务。请拨打1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਪੰਜਾਬੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, переводческие услуги могут предоставляться вам бесплатно. Звоните 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

Ελληνικά (Greek)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες υποστήριξης. Καλέστε 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ मुफ्त उपलब्ध हैं। काल करें 1-844-275-3447 (TTY: 1-800-735-2964)