

# మీ మెడికల్ బీమాను అర్థం చేసుకోవడం

## మీ బీమా కవరేజీని తెలుసుకోవడం

మీ చిన్నారికి ప్రత్యేకమైన ఆరోగ్య సంరక్షణ అవసరం, వృద్ధి లోపం లేదా వైకల్యం ఉన్నప్పుడు, మీ బీమా కవరేజీని అర్థం చేసుకోవడం ముఖ్యమైనది. మీ ఆరోగ్య బీమా ప్రయోజనాల గురించి మరియు మీ చిన్నారి తొలి ప్రమేయ కార్యక్రమానికి నిధులు సమకూర్చడానికి బీమా ఎలా దోహదపడుతుందో మరింత తెలుసుకోవడానికి మీరు ప్రోత్సహించబడతారు. మీ Family Resources Coordinator (కుటుంబ వనరుల సమన్వయకర్త FRC) మరియు తొలి ప్రమేయ బృందంతో పంచుకోవడానికి ఈ సమాచారాన్ని పోగేయడానికి మరిన్ని వివరమైన చిట్కాలతో జత చేసిన బీమా ధృవీకరణ వర్క్ షీట్ ను మీరు ఉపయోగించవచ్చు.



### ప్లాన్ గురించి తెలుసుకోండి

మీ కవరేజీ గురించి తెలుసుకోవడం అన్నది మీ చిన్నారి అవసరాలను తీర్చడానికి మెరుగైన నిర్ణయాలు తీసుకోవడంలో మీకు సహాయపడుతుంది. మీ బీమా ప్లాన్ లో సంక్లిష్ట ప్లాన్ వివరణ ఒక డాక్యుమెంట్ గా ఉంది, ఇది మీ కవరేజీని సంక్షిప్తం చేస్తుంది మరియు మీ బీమాను ఆమోదించే మరియు/లేదా మీ నెట్ వర్క్ లోని ప్రావైడర్లను ఎలా కనుగొనాలి పై కొంత మార్గదర్శకత్వాన్ని అందిస్తుంది. మీ యజమాని మరియు బీమా ప్రావైడర్ పై ఆధారపడి, ఇది ఒక పేపర్ డాక్యుమెంట్ గా లేదా మీరు ఆన్ లైన్ లో చదివే సమాచారంగా ఉండవచ్చు. మీ ప్లాన్ గురించి సమాచారాన్ని కనుగొనడానికి, మీ యజమాని మానవ సంబంధాల విభాగం లేదా మీ బీమా కార్డుపైన ఉండే సభ్య సేవా సమాచారాన్ని సంప్రదించండి.

### మీ ప్లాన్ గురించి సాధారణంగా అడిగే ప్రశ్నలు

మీ ప్లాన్ ఏమి కవర్ చేస్తుందిని తెలుసుకోవడంలోని ప్రాథమికాలకు ఆవల, కవరేజీ కోసం అవసరమైన నియమాల గురించి తెలుసుకోవడం ముఖ్యమైనది.

- మీ ప్లాన్ కి మీ వైద్యుడి నుంచి రెఫరల్ లేదా ఒక నిపుణుడిని చూడడానికి ఇతర సేవా ప్రావైడర్ అవసరమవుతారా?
- మీ ప్లాన్ కి తొలి ప్రమేయ సేవలు (అంటే, ఫిజిల్ థెరపిస్ట్, ఆక్యుపేషనల్ థెరపిస్ట్, స్పీచ్ థెరపిస్ట్, న్యూట్రిషినిస్ట్) అందించే ఒక నిర్దిష్ట థెరపిస్ట్/ ప్రోగ్రామ్ ను చూడడానికి రెఫరల్ అవసరమవుతుందా?

- మీరు ఎలా ఒక రెఫరల్ ను పొందుతారు? ఆఫీస్ సందర్శించా? ముందుగా నోటిసు ఇచ్చా? ఇతరాలా?
- ఒక సంవత్సరంలో నా ప్లాన్ ఎంతమంది థెరపిస్ట్లను కవర్ చేస్తుంది? రెఫరల్ కి రెన్యూవల్ అవసరమవుతుందా? ఫోన్ మీద మరిన్ని సందర్భాల కోసం మీరు ఆమోదం పొందుతారా లేదా ప్రాథమిక సంరక్షణ వైద్యుడితో మరొక సందర్భన షెడ్యూల్ మీకు అవసరమవుతుందా?
- ప్రి-ఆథరైజేషన్ కి ఏ అపాయింట్ మెంట్ లు, పరీక్ష మరియు వద్దతులు అవసరమవుతాయి? వైద్యుడు ప్రి-ఆథరైజేషన్ ను పొందుతారా లేదా మీరు నేరుగా మీ ఆరోగ్య ప్లాన్ ను సంప్రదించాల్సి ఉంటుందా?
- ప్లాన్ ద్వారా కవర్ చేయబడడానికి అంగీకరించే (నెట్ వర్క్ ప్రావైడర్ లో) ప్రావైడర్లను మాత్రమే ఉపయోగించుకోవడం మీకు అవసరమవుతుందా?
- మీ ప్లాన్ (నెట్ వర్క్ కవరేజీ వెలుపల) లో భాగం కాని వైద్యులు లేదా ఇతర వైద్య సేవా ప్రావైడర్లను కూడా మీరు చూడాలనుకుంటే, ఈ వైద్యులు లేదా ఇతర సేవా ప్రావైడర్లను చూడడం కోసం ప్లాన్ లో ఏమి నియమాలు ఉన్నాయి. నెట్ వర్క్ వెలుపలి ప్రావైడర్ ను ఉపయోగించుకోవడానికి మీకు ఎంత వ్యయం అవుతుంది?
- అత్యవసరంలో లేదా ప్రయాణంలో ఉన్నప్పుడు మీ ప్లాన్ నెట్ వర్క్ లో లేని ఒక వైద్యుడు లేదా ఇతర సేవా ప్రావైడర్లను మీరు చూడవచ్చా? అలా అయితే, మీకు ఎంత వ్యయం అవుతుంది?

**సంప్రదించండి:**  
 Department of Children, Youth & Families Early Support for Infants and Toddlers (డిపార్ట్ మెంట్ ఆఫ్ చిల్డ్రన్ యూత్ & ఫ్యామిలీస్ సపోర్ట్ ఫర్ ఇన్ ఫాంట్స్ అండ్ టాడలర్స్) ప్రోగ్రామ్  
 PO Box 40970 Olympia, Washington 98504-0970 | [esit@dcyf.wa.gov](mailto:esit@dcyf.wa.gov)  
[www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit](http://www.dcyf.wa.gov/services/child-development-supports/esit)



## వైద్యపరంగా అవసరమైంది

మీ ఆరోగ్య ఫ్లాన్ ఎలాంటి ప్రయోజనాలను కవర్ చేస్తుంది మరియు బిల్లింగ్ ఎలా పని చేస్తుందని అన్నది మీరు తెలుసుకున్నప్పటికీ కూడా, మీ చిన్నారి యొక్క తలి ప్రమేయ సేవలు కవర్ కావడానికి మీకు ఇంకా సమస్యలు ఉండవచ్చు.

"వైద్యపరంగా అవసరమైంది" అనే ఒక టర్మ్ ను ఒక నిర్దిష్ట చికిత్స లేదా పద్ధతి కోసం వైద్య అవసరాన్ని నిర్ధారించడానికి బీమా కంపెనీలు ఉపయోగిస్తాయి. మీ చిన్నారి అవసరం అయ్యే చికిత్స మరియు పద్ధతుల కోసం చెల్లింపు కారకాన్ని నిర్ధారించేదిగా ఈ నిర్వచనం ఉపయోగించబడుతుంది.

మీరు ఎల్లప్పుడూ వైద్య అవసరం యొక్క మీ ఫ్లాన్ కోసం చూడాలి; వైద్య అవసరత యొక్క ఏ నిర్వచనాన్ని అయినా వ్యాఖ్యానించడానికి అవకాశం కలిగి ఉంటుంది. వైద్య అవసరత యొక్క రుజువు మీకు అవసరమైతే, మీ ప్రాథమిక సంరక్షణ ప్రావైడర్ లేదా సేవ కోరుకొనే ఇతర వైద్య ప్రావైడర్ ద్వారా ఒక లేఖను రాయించవచ్చు.

## అప్పీలింగ్ ఒక నిరాకరణగా ఉంటుంది

ఒక సేవ కోసం లేదా ఒక సేవకు అడ్వాన్స్ గా అంగీకారానికి మీ ఆరోగ్య ఫ్లాన్ చెల్లించకపోతే, మీకు ఆరోగ్య ఫ్లాన్ నిర్ణయాన్ని అప్పీల్ చేసుకోనే అవకాశం ఉంటుంది. మీ FRC లేదా సర్వీస్ ప్రావైడర్ సేవ కోసం బీమా ఎందుకు చెల్లించలేదు అనే దానిపై సమాచారం పొందడానికి మీతో మరియు మీ ఆరోగ్య ఫ్లాన్ తో పని చేయగలిగినప్పుడు, ఒక అప్పీల్ ప్రారంభించడం మీ బాధ్యతగా ఉంటుంది. మీ ఆరోగ్య ఫ్లాన్ కోసం అప్పీల్ ప్రక్రియ పైన సమాచారం కవరేజీ ఎవిడెన్స్ లో ఉంటుంది. ఆరోగ్య ఫ్లాన్ అప్పీల్ ప్రక్రియ అన్నది ఆరోగ్య ఫ్లాన్ నుంచి ఆరోగ్య ఫ్లాన్ కి వేరుగా ఉంటుంది కాబట్టి మీ కవరేజీని సమీక్షిస్తున్న అదే సమయంలో ప్రక్రియ గురించి మీకుగా మీరు తప్పకుండా తెలుసుకోవాలి. ఒక సేవ కవర్ అవుతుందా లేదా అప్పుడే అన్నదాన్ని మీ ఫ్లాన్ యొక్క Explanation of Benefits (వో రయోజనాల వివరణ, EOB) పత్రం మీకు చెబుతుంది. మీ చిన్నారి యొక్క అన్ని సేవలను మీ ఆరోగ్య ఫ్లాన్ కవర్ చేయాల్సిన అవసరం లేదు మరియు తిరస్కరణ సేవను మీ ఫ్లాన్ కవర్ చేస్తుందా అన్నదాన్ని నిర్ధారించుకోవడానికి మీరు మొదటగా ఎవిడెన్స్ ఆఫ్ కవరేజీని తనిఖీ చేయాలి. సాధారణంగా, దిగువ దశలను తీసుకోవచ్చు:

- సేవ పొరబాటున తిరస్కరించబడిందని మీరు విశ్వసిస్తే, మీ EOB ని చర్చించడానికి ఫోన్ ద్వారా మీ ఫ్లాన్ ను మీరు సంప్రదించవచ్చు. ఇది ఒక అనియత సమీక్ష ప్రక్రియగా ఉంటుంది. మీరు ఒక ఫోన్ కాల్ అప్పీల్ చేయలేనప్పుడు ఒక అనియత సమీక్ష నుంచి వచ్చే ఏ ఫలితాన్ని అయినా రాతపూర్వకంగా పొందేలా నిర్ధారించుకోండి.
  - మీరు మాట్లాడిన వ్యక్తి మరియు సంభాషణ వివరాలతో మీ ఫ్లాన్ కి చేసే ప్రతి ఫోన్ కాల్ రికార్డ్ ను ఉంచుకోండి. సమాచారంతో ఆరోగ్య ఫ్లాన్ ప్రతినిధి మిమ్మల్ని సంప్రదిస్తే, మీరు సకారణంగా ఒక ప్రత్యుత్తరం మరియు ఆరోగ్య ఫ్లాన్ తో ఫోన్ అప్ ను మీకు తిరిగి సమాధానం రాకపోతే ఎప్పుడూ ఆశించవచ్చే కనుగొనడానికి నిశ్చయపరుచుకోండి.

- మీ ఫ్లాన్ ఒక సేవను కవర్ చేయదని మీ కస్టమర్ సేవా ప్రతినిధి చెప్పినప్పటికీ మీరు కవరేజీ కోసం ఒక క్లెయిమ్ ను సమర్పించవచ్చు. ఒక నియత అప్పీల్ తో కొనసాగాలని మీరు కోరుకుంటే మీకు ఒక రాతపూర్వక తిరస్కరణ అవసరమవుతుంది.



- మీరు ఒక నియత అప్పీల్ దాఖలు చేయాలని నిర్ణయిస్తే, అది తప్పకుండా రాతలో ఉండాలి.
  - మీ ఆరోగ్య ఫ్లాన్ లో ఒక అప్పీల్ పత్రం ఉండవచ్చు.
  - లేకపోతే, ఎవిడెన్స్ ఆఫ్ కవరేజీ అప్పీల్ ప్రక్రియను వివరిస్తుంది.
  - ఎల్లప్పుడూ మీ రాతపూర్వక అప్పీల్ నకలును ఉంచుకోండి.
- అప్పీల్ లో దిగువ సమాచారం అందించాలని ఆశించండి
  - మీ పేరు, చిరునామా, మరియు టెలిఫోన్ నంబర్
  - మీ సభ్య గుర్తింపు నంబర్ లేదా Social Security number (సామాజిక భద్రతా నంబర్)
  - Explanation of Benefits (వో రయోజనాల వివరణ, EOB) పత్రాలు పత్రాలు మరియు మీ ప్రావైడర్ పేరు మరియు బిల్లింగ్ పత్రం
  - సేవ యొక్క వివరణ లేదా మీరు కవర్ చేయబడాలనుకొనే పద్ధతి
  - సేవ ఎందుకు కవర్ చేయబడలేదు మద్దతు ఇచ్చే సమాచారం

మీరు ఒక నిర్దిష్ట కాల వ్యవధి లోపల మీ అప్పీల్ ను మీరు ఫైల్ చేయాల్సి ఉంటుంది. అనుమతించిన కాల వ్యవధి వెలుపల దాఖలు చేసిన అప్పీల్ ఆరోగ్య ఫ్లాన్ చేత పరిగణించబడదు. కొన్ని సందర్భాలలో, అత్యవసర కేసుల కోసం ఒక ప్రత్యేక పద్ధతిని కలిగి ఉండవచ్చు.

Washington రాష్ట్రంలో బీమా నిబంధనలపై మరింత సమాచారం కోసం, బీమా వినియోగదారు హాట్ లైన్ 1-800-562-6900 కి కాల్ చేయండి.

ఒక ప్రత్యేక ఆరోగ్య సంరక్షణ అవసరం, వృద్ధి లోపం, లేదా వైకల్యం ఉన్న చిన్నారుల కోసం ఆరోగ్య సంరక్షణ పైనాన్స్ పైన మరింత సమాచారం కోసం, Washington రాష్ట్రం యొక్క కుటుంబ స్వరాలు కి 1-800-5-PARENT వద్ద కాల్ చేయండి.

# బీమా ధృవీకరణ వర్క్ షీట్

చిన్నారి పేరు: \_\_\_\_\_ పేరెంట్ పేరు: \_\_\_\_\_

చిన్నారి DOB: \_\_\_\_\_ చిన్నారి రోగ నిర్ధారణ: \_\_\_\_\_

రెఫర్ చేస్తున్న వైద్యుడు: \_\_\_\_\_

బీమా సమాచారం: దయచేసి మీ బీమా కంపెనీకి ఫోన్ చేసి, ఈ పత్రాన్ని మీకు చేతనైనట్లుగా పూర్తి చేయండి. మీ కవరేజీ గురించి మీకు తెలియకపోతే ఇది చాలా ఉపయోగకరమైన సమాచారంగా ఉంటుంది.

బీమా పేరు: \_\_\_\_\_ ఫోన్: \_\_\_\_\_

క్లెయిమ్స్ చిరునామా: \_\_\_\_\_

బీమా చేసిన వారి పేరు: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

ప్లాన్/గ్రూప్ #: \_\_\_\_\_ పాలసీ అమలులోకి వచ్చే తేదీ: \_\_\_\_\_

మీరు కాల్ చేసినప్పుడు, తరువాతి రెఫరెన్స్ కోసం మీరు మాట్లాడుతున్న వ్యక్తి పేరును రాసి పెట్టుకొనేలా నిర్ధారించుకోండి.

సంప్రదింపు వ్యక్తి: \_\_\_\_\_ కాల్ చేసిన తేదీ, సమయం: \_\_\_\_\_

ఇలా చెప్పండి, "న్యూరో డెవలప్ మెంట్ ప్రయోజనాల కోసం నా ప్రయోజనాలు మరియు కవరేజీ స్పష్టత కోసం నేను కాల్ చేస్తున్నాను." (వారు మీ సభ్యత్వ ID # అడగవచ్చు) మొత్తం సమాచారం పూర్తి చేయడానికి తగినన్ని ప్రశ్నలను అడగండి. పూర్తి కాని సమాచారం వలన మరొక కాల్ అవసరం పడుతుంది.

పాల్గొంటున్న ప్రావైడర్ జాబితాలో, నా థెరపిస్ట్/EI ప్రోగ్రామ్ ఉందా \_\_\_\_\_ ?

|వారి నెట్ వర్క్ లో మీ థెరపిస్ట్/EI ప్రోగ్రామ్ ఎంపిక లేకపోతే, అప్పుడు ఈ ప్రశ్నలను అడగండి:

"నా స్వంత థెరపిస్టును ఎంచుకోవడానికి నన్ను నా పాలసీ అనుమతిస్తుందా?" \_\_\_\_\_

"నేను నా నెట్ వర్క్ లేదా ప్రావైడర్ జాబితా వెలుపలికి నేను వెళ్లవచ్చా?" (అలా అయితే, "నా కవరేజీ భిన్నంగా ఉందా, మరియు ఏమిటా తేడా? తేడా కోసం నాకు బిల్ చేస్తారా?")

అప్పుడు అడగండి: "నాది ఏమిటి":

సహ-చెల్లింపు: \_\_\_\_\_ % లేదా \$ \_\_\_\_\_ /సెషన్. సహ-చెల్లింపు లేదా లేదా సహబీమా ప్రతి రోజు  లేదా ప్రతి థెరపీకి?

ఉదాహరణకు, మీ చిన్నారి OT మరియు స్పీచ్ ను చూస్తే మరియు మీరు \$15 సహ-చెల్లింపు చేయాల్సి వస్తే, ప్రతి థెరపీకి \$15 అయితే, అది మొత్తం \$30 లేదా మీరు ఎన్ని థెరపీలు చూస్తారో అన్నదానికి సంబంధం లేకుండా ప్రతి రోజుకీ \$15 మాత్రమే మీరు బాకీ పడతారా?

తగ్గించగలిగేదా?  లేదు  అవును తగ్గించగలిగే మొత్తం \$ \_\_\_\_\_ / కుటుంబం లేదా వ్యక్తా?

ఒక్కో కేలండర్ సంవత్సరానికి తగ్గించగలిగేదా?  అవును  లేదు నెలవారీ తగ్గించగలిగేది మొదలువుతుంది: \_\_\_\_\_

ఈ సంవత్సరంలో ఏదైనా తగ్గించగలిగేదా జరిగిందా?  అవును  లేదు అవును అయితే, అది ఎంత? \_\_\_\_\_

నా ప్రయోజన సంవత్సరం కోసం తేదీలు ఏమిటి: \_\_\_\_\_ నుంచి \_\_\_\_\_

నా ప్యాకెట్ వ్యయాల నుంచి నా అత్యధికం ఏమిటి? \_\_\_\_\_

నా అత్యధిక జీవితం కాలం ఏమిటి? \$ \_\_\_\_\_ ఈ రోజు వరకు ఎంత కలిసి వచ్చింది? \$ \_\_\_\_\_

ఒక్కో కుటుంబానికి లేదా ఒక్కో వ్యక్తికి అత్యధిక జీవిత కాలం ఉందా? \_\_\_\_\_

ఒక్కో ఏడాదికి, ఒక్కో థెరపీకి ఎన్ని సందర్భాలు అనుమతించబడతాయి (మీ చిన్నారికి ఒకటి అవసరమైనా మీరు భవిష్యత్ లో తిరిగి కాల్ చేయాల్సిన అవసరం లేకుండా అన్ని థెరపీలు Occupational Therapy (అక్యూపేషనల్ థెరపీ, OT), Physical Therapy (ఫిజిల్ థెరపీ, PT), మరియు Speech Therapy (స్పీచ్ థెరపీ, ST) ల గురించి అడగండి)? \_\_\_\_\_

OT కోసం, \_\_\_\_\_ PT కోసం, \_\_\_\_\_ స్పీచ్ కోసం సందర్భాలు.

ఈ తేదీ వరకు ఉపయోగించిన ఏవైనా ప్రయోజనాలు?  అవును  లేదు అవును అయితే, వివరించండి: \_\_\_\_\_

నా ప్రాథమిక సంరక్షణ ప్రావైడర్ నుంచి ప్రి-ఆథరైజేషన్ అవసరమవుతుందా?  అవును  లేదు

OT, PT మరియు స్పీచ్ వంటి నిర్దిష్ట సేవల కోసం నా ప్రాథమిక సంరక్షణ ప్రావైడర్ నుంచి ప్రి-ఆథరైజేషన్ అవసరమవుతుందా?  అవును  లేదు

నా ప్రాథమిక సంరక్షణ ప్రావైడర్ నుంచి ప్రిస్క్రిప్షన్ అవసరమవుతుందా?  అవును  లేదు

OT, PT మరియు స్పీచ్ వంటి నిర్దిష్ట సేవల కోసం నా ప్రాథమిక సంరక్షణ ప్రావైడర్ నుంచి ప్రిస్క్రిప్షన్ అవసరమవుతుందా?  అవును  లేదు

అవును అయితే, మీకు ఒక ప్రిస్క్రిప్షన్ ఇవ్వడానికి లేదా సందర్శనలను ప్రి-ఆథరైజ్ చేయడానికి వారికి ఏమి కావాలి (అంటే, వైద్య రికార్డులు, ప్రిస్క్రిప్షన్, మూల్యాంకనం, వైద్య అవసరత యొక్క ఉత్తరం, మొదలైనవి) అడగండి: \_\_\_\_\_

ఆథరైజేషన్/ప్రిస్క్రిప్షన్ యొక్క ఎన్ని సెషన్లు కవర్ అవుతాయి: \_\_\_\_\_

ఆథరైజేషన్/ప్రిస్క్రిప్షన్ కి ఏ కాల వ్యవధులు కవర్ అవుతాయి: \_\_\_\_\_ నుంచి \_\_\_\_\_

మాకు సందర్శనలు అయిపోయిన తరువాత మేము మరిన్ని సందర్శనలకు ఆమోదం పొందగలమా?  అవును  లేదు

దిగువ కోడ్లు కవర్ అవుతాయా?

థరప్టీ	కోడ్	అమను	లేదు

"అనారోగ్యం లేదా గాయపడడం, ప్రమాదం కారణంగా లోపం ఏర్పడితే మాత్రమే థరప్టీ కవర్ అవుతుంది" వంటి ఏవైనా ప్రత్యేకమైన అధికరణాలను నా పాలసీ కలిగి ఉందా?  అవును  లేదు

అలా అయితే, అధికరణ ఏమిటి: \_\_\_\_\_

మీ క్లెయిమ్లను ఏ చిరునామాకి మెయిల్ చేయాలి? \_\_\_\_\_

\*\*\*మీకు రెండవ బీమా పాలసీ ఉంటే, ఆ బీమా కోసం అదే విధంగా ఈ పత్రాలలో మరొక దానికి పూరించండి.

మీకు ఆరోగ్య పాదువు ఖాతా లేదా వైద్యపరంగా అవసరమైన సేవల కోసం చెల్లించే ఖాతా యొక్క మరొక రకం ఉంటే, తొలి ప్రమేయ సేవల కోసం ఈ ప్రయోజనాలను ఎలా ఉపయోగించవచ్చో గురించి మీ సేవా ప్రావైడర్ తో మాట్లాడండి.

**మీ మెడికల్ బీమా** **పేజీ 4 ని అర్థం చేసుకోవడం**

DCYF వివక్షతను చూపించదు మరియు ఏదైనా శారీరక, గ్రాహ్యక లేదా మానసిక వైకల్యం ఉనికి లేదా వెటరన్ స్థాయి, వయస్సు, లైంగిక దృక్పథం, జాతీయ జననం, వైవాహిక స్థితి, అచారం, మతం, లింగం, రంగు, జాతీయ జననంతో సంబంధం లేకుండా అందరూ వ్యక్తుల కోసం తన కార్యక్రమాలకు సమాన ప్రాప్యతను అందిస్తుంది.

ఈ ప్రచురణ ఉచిత నకలు ప్రత్యామ్నాయ రూపంలో లేదా భాషలో మీకు కావాలని ఉంటే, దయచేసి DCYF Constituent Relations (DCYF కాన్స్టిట్యూంట్ రిలేషన్స్)ను 1-800-723-4831 వద్ద సంప్రదించండి లేదా [communications@dcyf.wa.gov](mailto:communications@dcyf.wa.gov) కి ఇమెయిల్ చేయండి. DCYF PUBLICATION FS\_0034 TE (07-2023) Telugu