

تبعیض خلاف قانون است

Blue Shield of California Promise Health Plan قوانین جاری ایالتی و حقوق مدنی فدرال را رعایت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت تبعیض قائل نمی‌شود. Blue Shield of California Promise Health Plan بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت افراد در مورد آن‌ها استثناء یا تبعیض قائل نمی‌شود.

Blue Shield of California Promise Health Plan موارد زیر را ارائه می‌دهد:

- به افراد کم‌توان که قادر به برقراری ارتباط مؤثر با ما نیستند مساعدت‌ها و خدمات رایگان ارائه می‌دهد؛ خدماتی نظیر:
 - مترجمان مجرب زبان اشاره
 - اطلاعات مکتوب در فرمت‌های دیگر (چاپ درشت، صوتی، فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترس، فرمت‌های دیگر)
- خدمات زبانی به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:
 - مترجمان شفاهی مجرب
 - اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر

در صورت نیاز به این خدمات، با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Blue Shield of California Promise Health Plan تماس بگیرید.

اگر فکر می‌کنید Blue Shield of California Promise Health Plan در ارائه این خدمات کوتاهی کرده یا بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت افراد تبعیضی علیه آن‌ها قائل شده است، می‌توانید شکایت خود را به مرجع زیر ارائه دهید:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
شماره تلفن: (844) 883-2233 (TTY: 711)
فکس: (323) 889-2228
ایمیل: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

می‌توانید شکایت خود را به صورت حضوری یا از طریق پست، فکس یا ایمیل ارائه دهید. اگر برای ارائه شکایت خود نیاز به کمک دارید، هماهنگ‌کننده حقوق مدنی می‌تواند به شما کمک کند.

همچنین می‌توانید یک شکایت مبنی بر نقض حقوق مدنی به دفتر حقوق مدنی وزارت درمان و خدمات انسانی آمریکا به صورت الکترونیک از طریق پورتال دفتر شکایات حقوق مدنی تسلیم کنید که به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا توسط پست یا تلفن به نشانی زیر در دسترس می‌باشد:

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)

فرم‌های شکایت در آدرس <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود است.