

ការវិសេសអឺងគីប្រឆាំងនឹងច្បាប់។

Blue Shield of California Promise Health Plan
គោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធហើយមិនវិសេសអឺងលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ពូជពង្ស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ចំណង់ចំណូលចិត្តផ្លូវភេទ អាយុ ឬពិការភាពឡើយ។ Blue Shield of California Promise Health Plan មិនរាប់បញ្ចូលសេចក្តីល្មើសប្រព្រឹត្តិចំពោះគេខុសពីអ្នកដទៃដោយសារពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ពូជពង្សសាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ចំណង់ចំណូលចិត្តផ្លូវភេទ អាយុឬពិការភាពឡើយ។

Blue Shield of California Promise Health Plan ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយនិងសេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃទៅដល់ជនទាំងឡាយដែលមានពិការភាពដើម្បីប្រាស្រ័យផ្ដោះប្តូរព័ត៌មានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយហើងខ្ញុំ ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាកាយវិការប្រកបដោយលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាទម្រង់ផ្សេងៗ (ផ្លូវដំបោះពុម្ពផ្សព្វផ្សាយ សម្លេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចមើលបាននិងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ)
- ជំនួយសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃដល់ជនទាំងឡាយដែលភាសាបឋមរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាប្រកបដោយលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលត្រូវបានសរសេរជាភាសាដទៃផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងអ្នកសំរាប់សេវាសិទ្ធិស៊ីវិលនៃ Blue Shield of California Promise Health Plan។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាគម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan បានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះឬបានវិសេសអឺងតាមរបៀបផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ពូជពង្ស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ចំណង់ចំណូលចិត្តផ្លូវភេទ អាយុ ឬពិការភាព លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ៖

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

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខផ្ទាល់ឬតាមប្រៃសណីយ៍ តាមទូរសារ ឬតាមអ៊ីម៉ែល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខអ្នកអាចរកអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលដើម្បីជួយអ្នកបាន។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលទៅកាន់ U.S. Department of Health and Human Services ជាសារអេឡិចត្រូនិចតាមរយៈគេហទំព័របណ្តឹងរបស់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរស័ព្ទទៅ៖

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)

ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងអាចរកបានពី <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>។

Blue Shield of California Promise Health Plan គឺជាគម្រោងដែលទទួលបានអាជ្ញាប័ណ្ណឯករាជ្យនៃសហគមន៍ Blue Shield Association A51247-CMS (9/18)