



Promise Health Plan

Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Drive, Monterey Park, CA 91755

ການເລືອກປະຕິບັດແມ່ນຜິດຕໍ່ກົດໝາຍ

Blue Shield of California Promise Health Plan ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດທີ່ມີຢູ່ ແລະ ກົດໝາຍ ວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເຊື້ອສາຍ, ສາສະໜາ, ເພດ, ສະຖານະການສົມລົດ, ຄວາມເປັນເພດ, ຕົວບົ່ງບອກຂອງເພດ, ຄວາມ ມັກທາງເພດ, ອາຍຸ ຫຼື ຄວາມພິການ. Blue Shield of California Promise Health Plan ບໍ່ໄດ້ຍົກເວັ້ນຄົນ ຫລື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາແຕກຕ່າງຍ້ອນເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເຊື້ອສາຍ, ສາສະໜາ, ເພດ, ສະຖານະການສົມລົດ, ຄວາມເປັນເພດ, ຕົວບົ່ງບອກຂອງເພດ, ຄວາມມັກທາງເພດ, ອາຍຸ ຫຼື ຄວາມພິການ.

Blue Shield of California Promise Health Plan ສະໜອງ:

- ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ຄົນພິການເພື່ອໃຫ້ສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບ, ເຊັ່ນວ່າ:
 - ນັກແປດ້ວຍພາສາມື້ທີ່ມີຜ່ານການຮັບຮອງ
 - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນຮູບແບບອື່ນໆ (ການພິມໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບເອເລັກໂຕຣນິກທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)
- ໃຫ້ບໍລິການພາສາແກ່ຄົນທີ່ພາສາຫຼັກບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນວ່າ:
 - ນັກແປທີ່ມີຜ່ານການຮັບຮອງ
 - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນໆ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ຕິດຕໍ່ຫາ ຜູ້ປະສານງານດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ Blue Shield of California Promise Health Plan.

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ Blue Shield of California Promise Health Plan ບໍ່ໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ເລືອກປະຕິບັດຕາມວິທີອື່ນບິນພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ເຊື້ອສາຍ, ສາສະໜາ, ເພດ, ສະຖານະການສົມລົດ, ຄວາມເປັນເພດ, ຕົວບົ່ງບອກຂອງເພດ, ຄວາມມັກທາງເພດ, ອາຍຸ ຫຼື ຄວາມພິການ, ທ່ານສາມາດຍື່ນ ຄໍາ ຮ້ອງທຸກກັບ:

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

ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ທາງໄປສະນີ, ແຟັກ, ຫຼື ອີເມວ.
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຍື່ນການຮ້ອງທຸກ, ຜູ້ປະສານງານດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບສິດທິພົນລະເມືອງກັບ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, ທາງອີເລັກໂຕຣນິກໂດຍຜ່ານບ່ອນສົ່ງຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບສິດທິພົນລະເມືອງ, ທີ່ມີຢູ່ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ຫຼື ທາງໄປສະນີ ຫລື ໂທລະສັບທີ່:

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)

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

Blue Shield of California Promise Health Plan ແມ່ນຜູ້ຜິດປົກກະຕິຕາມກົດໝາຍ Blue Shield Association AS1247-CIVIS

Commented [QA1]: Make sure you don't see any unrecognized characters