

### การเลือกปฏิบัติเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

Blue Shield of California Promise Health Plan ปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐที่บังคับใช้และกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิพลเมืองของรัฐบาลกลาง และจะไม่เลือกปฏิบัติจากเชื้อชาติ สีผิว ชชาติกำเนิด เหล่ากอบรรพบุรุษ ศาสนา เพศ สถานภาพการสมรส เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ อายุ หรือความพิการ Blue Shield of California Promise Health Plan ไม่กีดกันหรือเลือกปฏิบัติต่อผู้คนที่เนื่องจากเชื้อชาติ สีผิว ชชาติกำเนิด เหล่ากอบรรพบุรุษ ศาสนา เพศ สถานภาพการสมรส เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ อายุ หรือความพิการ

Blue Shield of California Promise Health Plan ให้บริการดังต่อไปนี้

- ความช่วยเหลือและบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายแก่ผู้พิการให้สามารถสื่อสารกับเราได้โดยมีประสิทธิภาพ เช่น
  - ล่ามภาษามือที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
  - ข้อมูลลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่นๆ (ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่, เสียง, รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์สำหรับผู้พิการ, รูปแบบอื่นๆ)
- บริการทางภาษาสำหรับผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นหลัก เช่น
  - ล่ามที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
  - ข้อมูลลายลักษณ์อักษรในภาษาอื่นๆ

หากคุณต้องการบริการเหล่านี้ โปรดติดต่อผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองของ Blue Shield of California Promise Health Plan

หากคุณเชื่อว่า Blue Shield of California Promise Health Plan ไม่สามารถให้บริการเหล่านี้หรือเลือกปฏิบัติในรูปแบบอื่นใดเนื่องจากเชื้อชาติ สีผิว ชชาติกำเนิด เหล่ากอบรรพบุรุษ ศาสนา เพศ สถานภาพการสมรส เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ รสนิยมทางเพศ อายุ หรือความพิการ คุณสามารถร้องเรียนได้กับ

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

คุณสามารถร้องเรียนด้วยตนเองหรือทางจดหมาย โทรสาร หรืออีเมล หากคุณต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการร้องเรียน ผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองพร้อมช่วยเหลือคุณ

นอกจากนี้ คุณยังสามารถยื่นร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องสิทธิพลเมืองต่อสำนักงานสิทธิพลเมือง กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์สหรัฐ โดยสามารถยื่นคำร้องทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านพอร์ทัลรับเรื่องร้องเรียนของสำนักงานสิทธิพลเมืองได้ที่ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> หรือส่งจดหมายหรือโทรศัพท์มาที่

กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์สหรัฐ  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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