

تبعیض خلاف قانون است

Blue Shield of California Promise Health Plan از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال مربوطه پیروی کرده و براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، هویت گروه بومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیک، تبار، مذهب، جنسیت، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی، سوگیری جنسی، سن معلولیت روانی یا معلولیت جسمی تبعیض قائل نمی شود، اشخاص را محروم نکرده یا با آنها به صورت متفاوت رفتار نمی کند.

خدمات ارائه شده توسط Blue Shield of California Promise Health Plan:

- امداد و خدمات رایگان بدون اخذ هزینه برای اشخاص معلول تا به طور مؤثر ارتباط برقرار کنند، از جمله:
 - 0 مترجمین واجد شرایط برای زبان اشاره
 - 0 اطلاعات کتبی به سایر فرمت ها (چاپ درشت، صوتی، فرمت های الکترونیک قابل دسترسی، فرمت های دیگر)
- خدمات رایگان زبانی برای اشخاصی که زبان مادری آنها انگلیسی نیست، از جمله:
 - 0 مترجمین شفاهی واجد شرایط
 - 0 اطلاعات کتبی به زبان های دیگر

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

اگر عقیده دارید که Blue Shield of California Promise Health Plan براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، هویت گروه بومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیک، تبار، مذهب، جنسیت، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی، سوگیری جنسی، سن معلولیت روانی یا معلولیت جسمی در ارائه این خدمات کوتاهی کرده یا به روش دیگری تبعیض قائل شده است، می توانید نارضایتی را به این نشانی تسلیم نمایید:

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

می توانید نارضایتی را شخصاً یا توسط پست، نمابر یا ایمیل تسلیم کنید. اگر در تسلیم نارضایتی به کمک و راهنمایی نیاز دارید، هماهنگ کننده حقوق مدنی آماده ارائه کمک و راهنمایی می باشد.

می توانید یک شکایت حقوق مدنی را به طور الکترونیک و از طریق پورتال دفتر شکایات حقوق مدنی به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی یا توسط پست یا تلفن به نشانی زیر تسلیم کنید:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(TTY 800-537-7697), 1-800-368-1019

پورتال شکایت: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

فرم های شکایت در <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm> موجود می باشند.