

ແຈ້ງການເລື່ອງຫ້າມການຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງ

ການຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງແມ່ນເລື່ອງຜິດກົດໝາຍ. Blue Shield of California Promise Health Plan ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. Blue Shield of California Promise Health Plan ບໍ່ຈໍາແນກທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ບໍ່ລວມເຖິງຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາແຕກຕ່າງເນື່ອງຈາກເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ບັນພະບຸລຸດ, ຊາດກຳເນີດ, ການລະບຸກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ເພດ, ການລະບຸເພດ ຫຼື ວິດນິຍົມທາງເພດ.

Blue Shield of California Promise Health Plan ໃຫ້:

- ການຊ່ວຍເຫຼື ແລະ ການບໍລິການພຣິແກ່ຄົນພິການເພື່ອຊ່ວຍພວກເຂົາສື່ສານໄດ້ດີຂຶ້ນເຊັ່ນ:
 - ✓ ນາຍແປພາສາທີ່ມີຄຸນນະຄຸນ
 - ✓ ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນ (ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງຟັງ, ຮູບແບບທາງອີເລັກໂທຣນິກ, ຮູບແບບອື່ນໆ)
- ການບໍລິການພາສາພຣິແກ່ຄົນຜູ້ທີ່ພາສາຕົ້ນຕໍບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ:
 - ✓ ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນນະຄຸນ
 - ✓ ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ຕິດຕໍ່ຫາ Blue Shield of California Promise Health Plan ລະຫວ່າງ 8 ໂມງເຊົ້າ – 6 ໂມງແລງ, ວັນຈັນຫາວັນສຸກ. ໂທຫາຝ່າຍດູແລລູກຄ້າ (Customer Care) ໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ:

(800) 605-2556 (Los Angeles)
(855) 699-5557 (San Diego)

ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຍິນ ຫຼື ເວົ້າໄດ້ດີ, ກະລຸນາໂທ TTY: 711. ຕາມການສະເໜີຂໍ, ເອກະສານນີ້ສາມາດເຮັດໃຫ້ກັບທ່ານໄດ້ເປັນຕົວໜັງສືພິມໃຫຍ່, ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ກະແຈ້ດສຽງ ຫຼື ຮູບແບບອີເລັກໂທຣນິກ. ເພື່ອເອົາສໍາເນົານີ້ໃນໜັງສູບແບບທາງເລືອກອື່ນເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທຫາ ຫຼື ຂຽນໜັງສືຫາ:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755
(800) 605-2556 (Los Angeles)
(855) 699-5557 (San Diego)
TTY: 711

ວິທີຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ Blue Shield of California Promise Health Plan ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ໄດ້ຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງຢ່າງຜິດກົດໝາຍໃນວິທີທາງອື່ນບິນພື້ນຖານທາງດ້ານເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ບັນພະບູລຸດ, ຊາດກຳເນີດ, ການລະບຸກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ເພດ, ການລະບຸເພດ ຫຼື ວິດນິຍົມທາງເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ Blue Shield of California Promise Health Plan. ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໄດ້ໂດຍທາງໂທລະສັບ, ດ້ວຍການຂຽນໜັງສືຫາ, ໄປດ້ວຍຕົວເອງ ຫຼື ໂດຍທາງອີເລັກໂທຣນິກ:

- **ທາງໂທລະສັບ:** ຕິດຕໍ່ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ Blue Shield of California Promise Health Plan ລະຫວ່າງເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ - 6 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ – ວັນສຸກໂດຍການໂທຫາເບີ (844) 883-2233. ຫຼື, ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຍິນ ຫຼື ເວົ້າໄດ້ດີ, ກະລຸນາໂທ TTY/TDD 711.
- **ເປັນລາຍລັກອັກສອນ:** ປະກອບແບບຟອມຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຂຽນໜັງສື ແລະ ສົ່ງໄປທີ່:

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
- **ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ:** ເຂົ້າໄປຫາຫ້ອງການຂອງທ່ານໜ່ວຍຂອງທ່ານ ຫຼື Blue Shield of California Promise Health Plan ແລະ ບອກວ່າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ.
- **ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:** ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງ Blue Shield of California Promise Health Plan ທີ່ www.blueshieldca.com/promise/medi-cal.

ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ພະແນກບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບລັດຄາລິຟໍເນຍ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

ນອກຈາກນີ້, ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກັບພະແນກບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບລັດຄາລິຟໍເນຍ (California Department of Health Care Services), ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ (Office of Civil Rights) ໂດຍທາງໂທລະສັບ, ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:

- **ທາງໂທລະສັບ:** ໂທຫາເບີ **916-440-7370**. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າ ຫຼື ໄດ້ຍິນສຽງດີ, ກະລຸນາໂທ **711 (ບໍລິການສາຍຖ່າຍທອດການສື່ສານ)**.

- **ເບັນລາຍລັກອັກສອນ:** ປະກອບແບບຟອມຄໍາຮ້ອງທຸກ ຫຼື ສົ່ງໜັງສືຫາ:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413**

ແບບຟອມປະກອບຄໍາຮ້ອງທຸກແມ່ນມີໃຫ້ຢູ່ທີ່
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:** ສົ່ງອີເມວຫາ CivilRights@dhcs.ca.gov.

ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການມະນຸດສະຫະລັດ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຖືກຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ, ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກັບກະຊວງສາທາລະນະສຸກສະຫະລັດອາເມຣິກາ, ທີ່ສໍານັກງານສິດທິພົນລະເມືອງ ທາງໂທລະສັບ, ຂຽນເບັນລາຍລັກອັກສອນ, ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກໄດ້ຄື:

- **ທາງໂທລະສັບ:** ໂທຫາເບີ **1-800-368-1019**. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າ ຫຼື ໄດ້ຍິນສຽງດີ, ກະລຸນາໂທ **TTY/TDD 1-800-537-7697**.

- **ເບັນລາຍລັກອັກ:** ປະກອບແບບຟອມຄໍາຮ້ອງທຸກ ຫຼື ສົ່ງໜັງສືຫາ:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

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

ທາງອີເລັກໂທຣນິກ: ເຂົ້າຫາເວັບໄຊຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງທີ່
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.