

<Date>

<sub_full_name>
<sub_addr_line_one>
<sub_addr_line_two>
<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>

**Идентификатор
участника:**

Rx ID:	<RxID>
Rx GRP:	E0001002
Rx BIN:	004336
Rx PCN:	77993322

**Важно! Вы зарегистрированы в новой программе Medicare и Medi-Cal.
Сохраните это письмо в качестве доказательства страхового покрытия.**

<Name>:

Добро пожаловать в Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)!

Начиная с **<effective date>**, вы сможете воспользоваться программой здравоохранения Cal MediConnect для получения качественного медицинского обслуживания без дополнительной платы. Blue Shield of California Promise Health Plan — это план медицинского страхования по договору с Medicare и Medi-Cal для предоставления участникам преимуществ обеих программ.

Ваша новая страховка предоставляет:

- Преимущества программы Medicare, включая рецептурные лекарственные препараты.
- Преимущества программы Medi-Cal, включая услуги длительного предоставления (LTSS) в соответствии с вашими личными потребностями. LTSS включает услуги Community-Based Adult Services (CBAS, Услуги для людей зрелого возраста в сообществе), которые позволяют вам оставаться дома столько, сколько потребуется. Сюда также входит медсестринский уход на дому.
- Вы сами выбираете врачей и других поставщиков из сферы здравоохранения в нашей сети, которые будут предоставлять вам необходимые услуги.
- Дополнительные преимущества: офтальмологические услуги, услуги по транспортировке, медицинский навигатор, а также другие охватываемые программой услуги, в том числе помощь слабослышащим, членство в клубе здоровья, занятия физкультурой, доступ к отпускаемым без рецепта лекарствам, экстренная помощь по всему миру и др.
- Медицинская техника, например костыли, ходунки, инвалидные кресла.

H0148_22_150_RU_C_Approved08092021

blueshieldca.com/promise

601 Potrero Grande Drive | Monterey Park, CA 91755

Это письмо является доказательством вашего участия в программе. При посещении аптеки или офиса не забывайте брать с собой это письмо, пока не получите от нас идентификационную карточку участника. Если у вас есть вопросы, звоните в Центр поддержки участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по тел. (855) 905-3825 (TTY: 711), с 8 утра до 8 вечера, семь дней в неделю.

Что дальше?

Вы можете начать пользоваться нашей сетью аптек и поставщиков первичной медицинской помощи, участвующих в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, для получения услуг здравоохранения и рецептурных лекарств, начиная с **<effective date>**. Если вам требуется срочная или неотложная медицинская помощь либо нерегиональный диализ, вы можете воспользоваться услугами поставщиков, не входящими в сеть Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Для удобства перехода на программу Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan вы можете по-прежнему посещать текущих врачей в течение двенадцати (12) месяцев, начиная с даты регистрации в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Обратитесь в Центр поддержки участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по тел. (855) 905-3825 (TTY: 711), с 8 утра до 8 вечера, семь дней в неделю, чтобы узнать, как это сделать.

У вас также будет 30-дневный доступ к принимаемым рецептурным лекарствам в течение первых 90 дней с момента регистрации в программе, если эти лекарства не входят в наш *Список покрываемых лекарственных препаратов*, если правила программы не позволяют вам получить лекарства в объеме, прописанном врачом, или если лекарства требуют предварительного утверждения Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Комплект нового участника содержит:

- Инструкции по получению дополнительной информации о лекарствах в нашем *Списке покрываемых лекарственных препаратов*
- Инструкции по получению дополнительной информации о поставщиках медицинских услуг и аптеках в нашей сети
- Справочник участника программы (Свидетельство о страховом покрытии)

Мы отправим вам идентификационную карточку участника до **<enrollment effective date>**.

Актуальная версия Справочника участника программы (Свидетельство о страховом покрытии) всегда доступно на нашем веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников по тел. (855) 905-3825 и запросить копию Справочника участника программы по почте.

Сколько нужно будет заплатить за программу Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

Вам не нужно оплачивать надбавки, непокрываемый минимум и дополнительные расходы при получении медицинских услуг у поставщика, входящего в программу Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Сколько мне нужно заплатить за рецептурные лекарства?

При заказе рецептурных лекарств в нашей сетевой аптеке вы заплатите не более **\$3,95** при покупке непатентованных лекарств, охватываемых программой Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, и не более **\$9,85** при покупке патентованных лекарств, охватываемых программой Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Доплаты за рецептурные лекарства могут варьироваться в зависимости от уровня получаемой вами Extra Help (Дополнительной помощи). Обратитесь в Центр поддержки участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan для получения дополнительной информации.

Как выбрать поставщика первичной медицинской помощи?

Чтобы выбрать поставщика первичной медицинской помощи Primary Care Provider (PCP, поставщик первичной медицинской помощи), просмотрите каталог поставщиков и аптек Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Каталог поставщиков и аптек на нашем веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect или обратитесь в Центр поддержки участников.

Вы сможете получать ежедневный или первичный медицинский уход от вашего PCP. PCP также будет координировать другие охватываемые программой необходимые вам услуги.

PCP, участвующие в нашей программе, разделены на аффилированные медицинские группы. Выбирая PCP, вы также выбираете связанную медицинскую группу. Это значит, что ваш PCP будет направлять вас к специалистам и предлагать услуги, входящие в его медицинскую группу. Поэтому если вы хотите воспользоваться услугами конкретного специалиста или медучреждения программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, важно проверить, входят ли они в аффилированную медицинскую группу вашего PCP.

Если вам требуются специализированные или дополнительные услуги, которые не предоставляет PCP, вам дадут направление. В большинстве случаев вам потребуется обратиться к PCP, чтобы получить направление перед посещением других поставщиков медицинских услуг или врачей. После получения направления от вашей медицинской группы PCP вы можете посетить специалиста или другого поставщика медицинских услуг для получения необходимого лечения. Специалист уведомит PCP об окончании вашего лечения или предоставления услуг, чтобы PCP мог продолжить предоставлять вам обслуживание.

Кроме того, PCP потребуется заранее получить одобрение в рамках программы для предоставления вам ряда услуг. Это одобрение называется «предварительной авторизацией». Например, предварительная авторизация требуется для неэкстренного стационарного пребывания в больнице. В некоторых случаях аффилированная медицинская группа вашего PCP может самостоятельно предоставлять разрешение на использование этой услуги.

Вы можете получить ряд услуг без предварительного утверждения от PCP, например экстренную и неотложную помощь, проведение диализа почек сертифицированным учреждением Medicare, прививки от гриппа, гепатита В и пневмонии, услуги гинеколога, планирование семьи и др.

К кому обращаться по вопросам о покрытии и поставщиках Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

- Звоните в Центр поддержки участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по тел. (855) 905-3825, с 8 утра до 8 вечера, 7 дней в неделю.
- Наберите 711, если вы используете ТТУ.
- Посетите веб-сайт www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Что делать, если у меня есть другая страховка на медицинские услуги и лекарства?

Если у вас есть другое страховое покрытие медицинских услуг или лекарств, например от работодателя или профсоюза, вы можете полностью потерять такое покрытие без возможности восстановления при регистрации в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Другие типы страховых покрытий медицинских услуг и лекарств включают TRICARE, Department of Veterans Affairs (Министерство по делам ветеранов) и политику Medigap (Дополнительная страховка Medicare).
- По вопросам обращайтесь к администратору другой программы покрытия медицинских услуг/лекарств.
- Чтобы отменить регистрацию в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, звоните в Центр Health Care Options по телефону 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8 утра до 6 вечера. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ.

Могу ли я выйти из программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan после <effective date>?

Да. Вы можете выйти из программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan или выбрать новый Cal MediConnect **в любое время в течение года**, позвонив в Центр Health Care Options по тел. 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8 утра до 6 вечера. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ.

Если вы отказываетесь от участия в Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и не хотите регистрироваться в другой программе Cal MediConnect, ваше покрытие истечет в последний день месяца, в котором вы сообщили о своем решении. Если вы откажетесь от участия в Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и не вступите в программу получения медицинских услуг и рецептурных лекарств Medicare, вам будет предоставляться покрытие в рамках Original Medicare. Medicare регистрирует вас в программе получения рецептурных лекарств Medicare.

Что делать, если я хочу присоединиться к другой программе Cal MediConnect?

Если вы хотите получать преимущества Medicare и Medi-Cal в рамках одной программы, вы можете присоединиться к другой программе Cal MediConnect. Для регистрации в другой программе Cal MediConnect звоните в Центр Health Care Options по тел. 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8 утра до 6 вечера. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ. Сообщите о своем решении выйти из текущей программы Cal MediConnect и

присоединиться к другой программе Cal MediConnect. Если вы не знаете, к какой программе присоединиться, вам расскажут о доступных в вашем регионе программах.

Что произойдет с Medicare, если я выйду из программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

Если вы откажетесь от участия в Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и не вступите в программу получения медицинских услуг и рецептурных лекарств Medicare, вам будет предоставляться покрытие в рамках Original Medicare. Medicare регистрирует вас в программе получения рецептурных лекарств Medicare. Если вы хотите присоединиться к программе Medicare для получения медицинских услуг и рецептурных лекарств, получить дополнительную информацию о программах Medicare в вашем регионе или задать вопросы о Medicare:

- Звоните по тел. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных.
- Звоните по тел. 1-877-486-2048, если вы используете ТТУ.
- Посетите веб-сайт Medicare www.medicare.gov.

Что произойдет с моим Medi-Cal, если я выйду из программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

Вы должны быть зарегистрированы в программе Medi-Cal для получения медицинских услуг Medi-Cal, включая услуги длительного предоставления (LTSS) для ваших текущих медицинских потребностей. Если вы выйдете из программы Cal MediConnect, вам потребуется уведомить Центр Health Care Options о программе Medi-Cal, в которой вы хотите зарегистрироваться.

Для этого позвоните в Центр Health Care Options по тел. 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8 утра до 6 вечера. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ. Сообщите о своем отказе регистрироваться в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и желании присоединиться к программе Medi-Cal. Если вы не знаете, к какой программе присоединиться, вам расскажут о доступных в вашем регионе программах.

Что делать, если мне потребуется помощь или дополнительная информация?

- Если вы хотите связаться с консультантом по медицинскому страхованию по вопросам таких изменений и доступных вам вариантов, звоните в California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Программа консультирования и защиты здоровья в Калифорнии) по тел. 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу, с 8 утра до 5 вечера. Наберите 711, если вы используете ТТУ.
- Если вам требуется помощь по регистрации в программе Cal MediConnect или Medi-Cal, звоните в Центр Health Care Options по тел. 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8 утра до 6 вечера. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ.
- Если вы зарегистрированы в программе Cal MediConnect и вам требуется дополнительная помощь, звоните в Cal MediConnect Ombuds Program по тел. 1-855-501-3077, с понедельника по пятницу, с 9 утра до 5 вечера. Звоните по тел. (855) 847-7914, если вы используете ТТУ.

Blue Shield of California Promise Health Plan — это план медицинского страхования по договору с Medicare и Medi-Cal для предоставления участникам преимуществ обеих программ.

Это неполный список. Информация о преимуществах является кратким резюме, а не полным описанием. Для получения дополнительной информации обратитесь в центр поддержки программы или к Руководству участника Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде звукозаписи. Звоните по бесплатному номеру (855) 905-3825 (TTY: 711), без выходных, с 8 утра до 8 вечера. Звонок бесплатный.

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 pm., seven days a week. The call is free.

中文 (Chinese):

请留意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打 1-855-905-3825（听障和语障专线：711），每周七天办公，早上 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。

한국어 (Korean):

주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

Русский (Russian):

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

भाषा (Hindi):

ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके ललए भाषा सहायता सेवाएं ननि:शुल्क उपलब्ध हैं। फोन करना

1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फोन करना फ्री है।

Lus Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj.Hu rau

1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv.Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

Español (Spanish):

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Tiếng Việt (Vietnamese):

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày y trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Tagalog (Tagalog):

PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

:العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

ພາສາລາວ (Laotian):

ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

日本語 (Japanese):

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-905-3825 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前8時から午後8時まで受け付けています。通話は無料です。

ภาษาไทย (Thai):

เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਸਾਵਧਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ | 711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫਰੀ ਹੈ |

ខ្មែរ (Khmer):

ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ជ្រាវពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Հայերեն (Armenian):

ՈՒՇԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվելի են անվճար լեզվաբան օգնությունները blueshieldca.com/promise

☎: 215-905-3825 (TTY: 711) 8:00-
20:00, 215-905-3825 (TTY: 711) 8:00-
20:00, 215-905-3825 (TTY: 711) 8:00-
20:00

Українська (Ukrainian):

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

Mienh (Mien):

TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lox taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lungh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungh muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

Если вам требуется этот документ на другом языке или в другом формате, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде звукозаписи, либо вам требуется помощь с пониманием данного письма, звоните в Центр Health Care Options по тел. 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8 утра до 6 вечера. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТТ. Вы можете получить эту информацию бесплатно.

Дискриминация противозаконна

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan отвечает требованиям соответствующих законов штата и федеральных законов о гражданских правах и не допускает расовой дискриминации, дискриминации по цвету кожи, национальности, этнической группе, состоянию здоровья, генетическим данным, происхождению, вероисповеданию, полу, семейному положению, гендерному признаку, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возрасту или инвалидности.

Поставщики Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- Людям с ограниченными возможностями — бесплатные вспомогательные материалы и услуги, которые облегчают взаимодействие с нами, в частности:
 - помощь квалифицированных сурдопереводчиков
 - Письменную информацию в других форматах (в том числе распечатанную крупным шрифтом, в форме звукозаписи, в доступных электронных форматах и других форматах)
- Бесплатное языковое сопровождение лицам, чей родной язык не является английским, например:
 - услуги квалифицированных переводчиков
 - Информацию на других языках

Если вы нуждаетесь в таких услугах, просим вас связаться с Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Civil Rights Coordinator (Координатор по гражданским правам).

Если вы считаете, что Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan не отвечает требованиям соответствующих законов штата и федеральных законов о гражданских правах и допускает расовую дискриминацию, дискриминацию по цвету кожи, национальности, этнической группе, состоянию здоровья, генетическим данным, происхождению, вероисповеданию, полу, семейному положению, гендерному признаку, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возрасту или инвалидности, то можете подать жалобу по адресу:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Телефон: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Факс: (323) 889-2228
Эл. почта: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Жалобу можно подать лично или отправить почтой, факсом или электронной почтой. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, обращайтесь к Civil Rights Coordinator.

Вы также можете направить жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США) в электронной форме через Office for Civil Rights Complaint Portal (Портал для подачи жалоб Управления по гражданским правам), который находится по ссылке: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, а также почтой или по телефону:

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

Портал для подачи жалоб: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Бланки заявлений для подачи жалоб можно найти здесь:

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