

禁止歧視通知

歧視是違法行為。Blue Shield of California Promise Health Plan遵守州和聯邦民權法律規定。Blue Shield of California Promise Health Plan不會因為生理性別、種族、膚色、宗教、族裔、原始國籍、族群認同、年齡、心理殘疾、身體殘疾、醫療病況、基因資訊、婚姻狀態、社會性別、性別認同或性傾向而違法歧視、排除任何人或給予其不同待遇。

Blue Shield of California Promise Health Plan提供以下服務：

- 為殘疾人士提供免費協助與服務，以便與我們有效地溝通，例如：
 - ✓ 合格手語翻譯員
 - ✓ 其他格式的書面資訊(大字體、語音、無障礙電子格式、其他格式)
- 為主要語言不是英語的民眾提供免費語言服務，例如：
 - ✓ 合格口譯員
 - ✓ 其他語言版本的書面資訊

如果您需要這些服務，請與Blue Shield of California Promise Health Plan聯絡，週一至週五辦公，早上8點至下午6點。請撥您所在區域的客戶關懷部電話：

(800) 605-2556 (Los Angeles)

(855) 699-5557 (San Diego)

如果您是聽障或語障人士，請撥**聽障和語障專線：711**。提出要求時，此文件能以盲人點字、大字體、語音或電子格式向您提供。如欲取得以上任何一種替代格式，請致電或來函至：

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)
聽障和語障專線：711

如何提出申訴

如果您認為Blue Shield of California Promise Health Plan因為生理性別、種族、膚色、宗教、族裔、原始國籍、族群認同、年齡、心理殘疾、身體殘疾、醫療病況、基因資訊、婚姻狀態、社會性別、性別認同或性傾向而不提供這些服務，或以其他方式而違法歧視，您可以向 Blue Shield of California Promise Health Plan的民權協調員提出申訴。您可以致電、寫信或以電子方式提出申訴：

- 致電：聯絡Blue Shield of California Promise Health Plan的民權協調員，週一至週五辦公，早上8點至下午6點，電話(844) 883-2233。如果您是聽障或語障人士，請撥聽障和語障專線711。
- 寫信：請填寫投訴表或寫信，並寄至：

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
- 親自提交：造訪您醫生的診所或Blue Shield of California Promise Health Plan，並說明您希望提出申訴。
- 電子方式：瀏覽Shield of California Promise Health Plan的網站
www.blueshieldca.com/promise/medi-cal。

民權辦公室 (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) - 加州衛生保健服務部 (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

您也可以透過致電、寫信或電子方式向加州衛生保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 致電：請撥**916-440-7370**。如果您是語障或聽障人士，請撥**711 (電信轉接服務)**。
- 寫信：請填寫投訴表或寄信至：

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

投訴表可在網站取得，網址
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 電子方式：寄電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov。

民權辦公室 - 美國衛生和公眾服務部 (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

如果您認為您因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而遭到歧視，您也可以透過致電、寫信或電子方式向美國衛生和公眾服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 致電：只要撥打**1-800-368-1019**。如果您是語障或聽障人士，請撥**聽障聽語障專線1-800-537-7697**。
- 寫信：請填寫投訴表或寄信至：

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

投訴表可在網站取得，網址<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

電子方式：瀏覽民權辦公室投訴入口網站
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。