

## ABISO NG HINDI PANDIDISKRIMINA

---

Labag sa batas ang pandidiskrimina. Sumusunod ang Blue Shield of California Promise Health Plan sa mga batas ng Estado at Pederal na batas sa karapatang sibil. Ang Blue Shield of California Promise Health Plan ay hindi nandidiskrimina nang labag sa batas, nagsasantabi ng mga tao, o kaya naman ay nag-iiba ng pakikitungo sa kanila dahil sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, lipi, bansang pinagmulan, kinikilalang pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa katawan, medikal na kundisyon, genetic na impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, kinikilalang kasarian, o sekswal na oryentasyon.

Ang Blue Shield of California Promise Health Plan ay nagbibigay ng:

- Mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan upang matulungan silang makipag-ugnayan nang mas maayos, tulad ng:
  - ✓ Mga kwalipikadong interpreter ng sign language
  - ✓ Nakasulat na impormasyon sa ibang format (malaking titik, audio, naa-access na electronic na format, iba pang format)
- Mga libreng serbisyo sa wika para sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, tulad ng:
  - ✓ Mga kwalipikadong interpreter
  - ✓ Impormasyong nakasulat sa ibang wika

Kung kailangan ninyo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa Blue Shield of California Promise Health Plan sa pagitan ng 8 a.m. – 6 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Tawagan ang Pangangalaga sa Customer sa inyong rehiyon:

**(800) 605-2556 (Los Angeles)**

**(855) 699-5557 (San Diego)**

Kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, mangyaring tumawag sa **TTY:711**. Kapag hiniling, maibibigay sa inyo ang dokumentong ito sa braille, malaking titik, audiocassette, o elektronik na form. Upang makakuha ng kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa:

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

---

## **PAANO MAGHAIN NG KARAINGAN**

Kung naniniwala kayong hindi naibigay ng Blue Shield of California Promise Health Plan ang mga serbisyong ito, o nandiskrimina ito nang labag sa batas sa ibang paraan batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, lipi, bansang pinagmulan, kinikilalang pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa katawan, medikal na kundisyon, genetic na impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, kinikilalang kasarian, o sekswal na oryentasyon, maaari kayong maghain ng karaingan sa Tagaayos ng Mga Karapatang Sibil ng Blue Shield of California Promise Health Plan. Maaari kayong maghain ng karaingan sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono, pagsulat, sa personal, o electronic na paraan:

- Sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono: Makipag-ugnayan sa Tagaayos ng Mga Karapatang Sibil ng Blue Shield of California Promise Health Plan sa pagitan ng 8 a.m. - 6 p.m., Lunes – Biyernes sa pamamagitan ng pagtawag sa (844) 883-2233. O kaya, kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, mangyaring tumawag sa TTY/TDD 711.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Magsagot ng form ng reklamo o magsulat ng liham at ipadala ito sa:  
  
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755
- Sa personal: Pumunta sa tanggapan ng inyong doktor o sa Blue Shield of California Promise Health Plan at sabihing gusto ninyong maghain ng karaingan.
- Sa electronic na paraan: Bisitahin ang website ng Blue Shield of California Promise Health sa [www.blueshieldca.com/promise/medi-cal](http://www.blueshieldca.com/promise/medi-cal).

---

**OFFICE OF CIVIL RIGHTS – DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES NG CALIFORNIA (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

Maaari din kayong maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa Office of Civil Rights ng Department of Health and Human Services ng California sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o sa electronic na paraan:

- Sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono: Tumawag sa **916-440-7370**. Kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, pakitawagan ang **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form ng reklamo o magpadala ng liham sa:

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

Available ang mga form ng reklamo sa  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Sa electronic na paraan: Magpadala ng email sa [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

**OFFICE OF CIVIL RIGHTS – DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES NG U.S. (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)**

Kung naniniwala kayong nadiskrimina kayo batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian, maaari din kayong maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa Office for Civil Rights ng Department of Health and Human Services ng U.S. sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o sa electronic na paraan:

- Sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono: Tumawag sa **1-800-368-1019**. Kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, pakitawagan ang **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form ng reklamo o magpadala ng liham sa:

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

Available ang mga form ng reklamo sa  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Sa electronic na paraan: Bisitahin ang Complaint Portal ng Office for Civil Rights  
sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.