

## ประกาศเรื่องนโยบายการไม่เลือกปฏิบัติ

การเลือกปฏิบัติเป็นสิ่งที่ขัดต่อกฎหมาย Blue Shield of California Promise Health Plan ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสิทธิพลเมืองของรัฐ (civil rights law) และรัฐบาลกลาง Blue Shield of California Promise Health Plan ไม่มีการเลือกปฏิบัติอันเป็นการขัดต่อกฎหมาย การกีดกันบุคคล หรือปฏิบัติต่อบุคคลแตกต่างกันเนื่องจากความแตกต่างด้านเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ประเทศถิ่นกำเนิด การระบุกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความบกพร่องทางจิต ความบกพร่องทางกาย โรคประจำตัว ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพสมรส เพศสภาพ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ

Blue Shield of California Promise Health Plan มอบ:

- ความช่วยเหลือและบริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้พิการ/ทุพพลภาพเพื่อช่วยให้สามารถสื่อสารได้ดียิ่งขึ้น เช่น:
  - ✓ บริการล่ามภาษามือที่ผ่านการรับรองคุณสมบัติ
  - ✓ บริการข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่น ๆ (ตัวอักษรขนาดใหญ่ ข้อความเสียง ข้อความที่สามารถเข้าถึงได้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนรูปแบบอื่น ๆ)
- บริการด้านภาษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก เช่น:
  - ✓ บริการล่ามแปลภาษาที่ผ่านการรับรองคุณสมบัติ
  - ✓ บริการข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในภาษาอื่น ๆ

หากท่านต้องการใช้บริการเหล่านี้ โปรดติดต่อ Blue Shield of California Promise Health Plan ระหว่างเวลา 8.00 – 18.00 น. วันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี โทรติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า (Customer Care) ในเขตของท่านได้ที่:

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

หากท่านไม่สามารถได้ยินเสียงหรือพูดได้อย่างถนัด โปรดโทรติดต่อหมายเลข **TTY:711**. ทางหน่วยงานจะจัดทำเอกสารนี้ให้แก่ท่านในรูปแบบของอักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ เอกสารเสียง หรือเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ขึ้นอยู่กับคำร้องขอของท่าน หากต้องการสำเนาของเอกสารในรูปแบบทางเลือกเหล่านี้ โปรดโทรศัพท์หรือส่งจดหมายมาที่:

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

---

## ขั้นตอนการยื่นเรื่องร้องทุกข์

หากท่านเชื่อว่า Blue Shield of California Promise Health Plan ไม่สามารถจัดหาบริการต่าง ๆ เหล่านี้ได้ หรือมีการเลือกปฏิบัติอันเป็นการขัดต่อกฎหมายในทางใดทางหนึ่งอันมีสาเหตุมาจากเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ ประเทศถิ่นกำเนิด การระบุกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความบกพร่อง ทางจิต ความบกพร่องทางกาย โรคประจำตัว ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพสมรส เพศสภาพ อັดลักษณะทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ ท่านสามารถยื่นเรื่องร้องทุกข์ต่อ ผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองของ Blue Shield of California Promise Health Plan ได้ โดยท่านสามารถยื่นเรื่องร้องทุกข์ดังกล่าวได้ทั้งทางบริษัท ทางจดหมาย ทำการร้องทุกข์ด้วยตนเอง หรือยื่นเรื่องผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ดังนี้:

- ทางโทรศัพท์ : ท่านสามารถติดต่อ ผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองของ Blue Shield of California Promise Health Plan ได้ ระหว่างเวลา 8.00 – 18.00 น. วันจันทร์ ถึงวันศุกร์ โดยโทรศัพท์ มาที่หมายเลข (844) 883-2233 หรือหากท่านไม่สามารถได้ยินเสียงที่พูดได้ อยู่ ำงณัด โปรดโทรติดต่อ อหมายเลข TYY/TDD 711

- ทางลายลักษณ์อักษร: กรอกแบบฟอร์ม ร้องเรียนหรือเขียนจดหมายและส่ง มาที่:

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755

- ด้วยตนเอง : ไปที่สถานพยาบาลหรือสำนักงานของแพทย์ ประจำตัวของท่าน หรือมาที่สำนักงาน Blue Shield of California Promise Health Plan แล้วแจ้ง ังว่า ท่านต้องการแจ้งเรื่องร้องทุกข์

- ทางอิเล็กทรอนิกส์ : ไปที่เว็บไซต์ ของ Blue Shield of California Promise Health Plan ที่ [www.blueshieldca.com/promise/medi-cal](http://www.blueshieldca.com/promise/medi-cal)

---

สำนักงานสิทธิพลเมือง(OFFICE FOR CIVIL RIGHTS) – กระทรวงบริการทางการแพทย์แห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

นอกจากนี้

ท่านยังสามารถแจ้งเรื่องร้องทุกข์ด้านสิทธิพลเมืองต่อกระทรวงบริการทางการแพทย์แห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย โดยสำนักงานสิทธิพลเมืองได้ทางโทรศัพท์ การแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ได้อีกด้วย:

- ทางโทรศัพท์: โทร **916-440-7370** หรือหากท่านไม่สามารถพูดหรือได้ยินเสียงได้อย่างถนัด โปรดโทร **711** (ระบบบริการถ่ายทอดการสื่อสาร)

- ทางลายลักษณ์อักษร: กรอกแบบฟอร์มร้องเรียนหรือส่งจดหมายมาที่:

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

สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มร้องเรียนได้ที่  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- ทางอิเล็กทรอนิกส์: ส่งอีเมลมาที่ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

---

**สำนักงานสิทธิพลเมือง – กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์สหรัฐ (U.S. Department of Health and Human Services)**

หากท่านเชื่อว่าท่านถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจากจากเพศ เชื้อชาติ สีผิว ประเทศถิ่นกำเนิด ความบกพร่อง/พิการทางเพศ ท่านสามารถแจ้งเรื่องร้องเรียนต่อกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์สหรัฐ โดยสำนักงานสิทธิพลเมือง ได้ทางโทรศัพท์ การแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร หรือทางอิเล็กทรอนิกส์

- ทางโทรศัพท์: โทร **1-800-368-1019** หากท่านไม่สามารถพูดหรือได้ยินเสียงได้อย่างถนัด โปรดโทร **TTY/TDD 1-800-537-7697**
- ทางลายลักษณ์อักษร: กรอกแบบฟอร์มร้องเรียนหรือส่งจดหมายมาที่:

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

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

ทางอิเล็กทรอนิกส์: ไปที่พอร์ทัลแจ้งเรื่องร้องเรียนของสำนักงานสิทธิพลเมืองที่ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>