

## ПОВІДОМЛЕННЯ ЩОДО НЕДОПУЩЕННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ

Дискримінація заборонена законом. План Blue Shield of California Promise Health Plan дотримується вимог федерального законодавства та законодавства штату щодо громадянських прав і не допускає незаконної дискримінації, не відмовляє в наданні послуг і не ставиться до людей по-різному в залежності від їхньої статі, раси, кольору шкіри, релігійних переконань, соціального походження, національної та етнічної приналежності, віку, психічної чи фізичної інвалідності, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, гендерної приналежності, гендерної ідентичності чи сексуальної орієнтації.

План Blue Shield of California Promise Health Plan надає:

- Наступні безкоштовні допоміжні засоби та послуги особам з інвалідністю для забезпечення більш ефективного спілкування, а саме:
  - ✓ послуги кваліфікованих сурдоперекладачів;
  - ✓ письмові матеріали в альтернативних форматах (крупний шрифт, звуковий формат, зручні для сприйняття електронні формати та інші формати).
- Наступні безкоштовні послуги мовної підтримки особам, для котрих англійська не є рідною мовою:
  - ✓ послуги кваліфікованих усних перекладачів;
  - ✓ матеріали іншими мовами.

Якщо вам потрібні ці послуги, звертайтеся в план Blue Shield of California Promise Health Plan з 8 до 18 години з понеділка по п'ятницю. Телефонуйте у відділ обслуговування клієнтів у вашому регіоні:

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

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

Якщо ви не в змозі говорити чи погано чуєте, телефонуйте на номер **711 (TTY)**. На ваше прохання цей документ можуть вам надати в електронному вигляді або на аудіокасеті, надрукувати крупним шрифтом або шрифтом Брайля. Щоб отримати копію документа в одному із зазначених альтернативних форматів, зателефонуйте або напишіть нам:

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

---

## **ЯК ПОДАТИ ПРЕТЕНЗІЮ**

Якщо ви вважаєте, що план Blue Shield of California Promise Health Plan не надав ці послуги або, порушуючи закон, іншим чином допустив дискримінацію за ознаками статі, раси, кольору шкіри, релігійних переконань, походження, національної та етнічної приналежності, віку, психічної чи фізичної інвалідності, стану здоров'я, генетичної інформації, сімейного стану, гендерної приналежності, гендерної ідентичності чи сексуальної орієнтації, ви можете подати претензію на ім'я координатора з питань громадянських прав плану Blue Shield of California Promise Health Plan. Ви можете подати претензію телефоном, у письмовій формі, особисто або в електронному форматі.

- Телефоном. Зателефонуйте координатору з питань громадянських прав плану Blue Shield of California Promise Health Plan з 8 до 16 години з понеділка по п'ятницю на номер (844) 883-2233. Або, якщо ви не в змозі говорити чи погано чуєте, телефонуйте на номер 711 (TTY/TDD).
- У письмовій формі. Заповніть форму скарги або напишіть листа й надішліть на адресу:

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

- Особисто. Відвідайте вашого лікаря або офіс плану Blue Shield of California Promise Health Plan і скажіть, що ви хочете подати претензію.
- В електронному форматі. Відвідайте вебсайт плану Blue Shield of California Promise Health Plan [www.blueshieldca.com/promise/medi-cal](http://www.blueshieldca.com/promise/medi-cal).

---

**ВІДДІЛ ГРОМАДЯНСЬКИХ ПРАВ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) ДЕПАРТАМЕНТУ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШТАТУ КАЛІФОРНІЯ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF  
HEALTH CARE SERVICES, OFFICE OF CIVIL RIGHTS)**

Ви також можете подати скаргу про порушення громадянських прав у відділ громадянських прав Департаменту охорони здоров'я штату Каліфорнія телефоном, у письмовій формі або в електронному форматі.

- Телефоном. Зателефонуйте на номер **916-440-7370**. Якщо ви не в змозі говорити чи погано чуєте, телефонуйте на номер **711 (служба ретрансляції)**.
- У письмовій формі. Заповніть форму скарги або надішліть листа на адресу:

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

Бланки скарг можна знайти на вебсайті  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- В електронному форматі. Відправте повідомлення на адресу  
[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

**ВІДДІЛ ГРОМАДЯНСЬКИХ ПРАВ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА  
СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ США (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND  
HUMAN SERVICES)**

Якщо ви вважаєте, що по відношенню до вас були допущені дискримінаційні дії за ознаками раси, кольору шкіри, національної приналежності, віку, інвалідності або статі, ви також можете подати скаргу про порушення громадянських прав у відділ громадянських прав Міністерства охорони здоров'я та соціального забезпечення США телефоном, у письмовій формі або в електронному форматі.

- Телефоном. Зателефонуйте на номер **1-800-368-1019**. Якщо ви не в змозі говорити чи погано чуєте, телефонуйте на номер **1-800-537-7697 (TTY/TDD)**.
- У письмовій формі. Заповніть форму скарги або надішліть листа на адресу:

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

Бланки скарг можна знайти на вебсайті  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

В електронному форматі. Відвідайте портал відділу громадянських прав  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.