



Promise Health Plan

ແຈ້ງການເລື່ອງຫ້າມການຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງ

ການຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງແມ່ນເລື່ອງຜິດກົດໝາຍ. Blue Shield of California Promise Health Plan ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. Blue Shield of California Promise Health Plan ບໍ່ຈໍາແນກທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ, ບໍ່ວອມເຖິງຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາແຕກຕ່າງເນື່ອງຈາກເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ສາສະໜາ, ບັນພະບູລຸດ, ຊາດກຳເນີດ, ການລະບຸກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນ ກຳມະພັນ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ເພດ, ການລະບຸເພດ ຫຼື ລົດນິຍົມທາງເພດ.

Blue Shield of California Promise Health Plan ໃຫ້:

- ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການພຣີແກ່ຄົນພິການເພື່ອຊ່ວຍພວກເຂົາສື່ສານໄດ້ດີຂຶ້ນເຊັ່ນ:
 - ✓ ນາຍແປພາສາທີ່ມີຄຸນນະຄຸນ
 - ✓ ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນ (ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງຟັງ, ຮູບແບບທາງ ອີເລັກໂທຣນິກ, ຮູບແບບອື່ນໆ)
- ການບໍລິການພາສາພຣີແກ່ຄົນຜູ້ທີ່ພາສາຕົ້ນຕໍບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ:
 - ✓ ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນນະຄຸນ
 - ✓ ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ຕິດຕໍ່ຫາ Blue Shield of California Promise Health Plan ລະ ຫວ່າງ 8 ໂມງເຊົ້າ – 6 ໂມງແລງ, ວັນຈັນຫາວັນສຸກ. ໂທຫາຝ່າຍດູແລລູກຄ້າ (Customer Care) ໃນພື້ນທີ່ ຂອງທ່ານ:

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

ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຍິນ ຫຼື ເວົ້າໄດ້ດີ, ກະລຸນາໂທ TTY: 711. ຕາມການສະເໜີຂໍ, ເອກະສານນີ້ ສາມາດເຮັດໃຫ້ກັບທ່ານໄດ້ເປັນຕົວໜັງສືພິມໃຫຍ່, ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ກະແຈ້ດສຽງ ຫຼື ຮູບແບບອີ ເລັກໂທຣນິກ. ເພື່ອເອົາສໍາເນົານີ້ໃນໜັງສືຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທຫາ ຫຼື ຂຽນໜັງສື ຫາ:

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

ວິທີຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ Blue Shield of California Promise Health Plan ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ໄດ້ຈໍາແນກຄວາມແຕກຕ່າງຢ່າງຜິດກົດໝາຍໃນວິທີທາງອື່ນບິນພື້ນຖານທາງດ້ານເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີ່ຜິວ, ສາສະໜາ, ບັນພະບູລຸດ, ຊາດກຳເນີດ, ການລະບຸກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນກຳມະພັນ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ເພດ, ການລະບຸເພດ ຫຼື ລິດນິຍົມທາງເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ Blue Shield of California Promise Health Plan. ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໄດ້ໂດຍທາງໂທລະສັບ, ດ້ວຍການຂຽນຫຼັງສືຫາ, ໄປດ້ວຍຕົວເອງ ຫຼື ໂດຍທາງອີເລັກໂທຣນິກ:

- **ທາງໂທລະສັບ:** ຕິດຕໍ່ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ Blue Shield of California Promise Health Plan ລະຫວ່າງເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ - 6 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ – ວັນສຸກໂດຍການໂທຫາເບີ (844) 883-2233. ຫຼື, ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຍື່ນ ຫຼື ເວົ້າໄດ້ດີ, ກະລຸນາໂທ TTY/TDD 711.
- **ເປັນລາຍລັກອັກສອນ:** ປະກອບແບບຟອມຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຂຽນຫຼັງສື ແລະ ສົ່ງໄປທີ່:
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
- **ໄປສົ່ງດ້ວຍຕົນເອງ:** ເຂົ້າໄປຫາຫ້ອງການຂອງທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫຼື Blue Shield of California Promise Health Plan ແລະ ບອກວ່າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ.
- **ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:** ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງ Blue Shield of California Promise Health Plan ທີ່ www.blueshieldca.com/promise/medi-cal.

ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ພະແນກບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບລັດຄາລິຟໍເນຍ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

ນອກຈາກນີ້, ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກັບພະແນກບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບລັດຄາລິຟໍເນຍ (California Department of Health Care Services), ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ (Office of Civil Rights) ໂດຍທາງໂທລະສັບ, ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:

- **ທາງໂທລະສັບ:** ໂທຫາເບີ **916-440-7370**. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າ ຫຼື ໄດ້ຍື່ນສຽງດີ, ກະລຸນາໂທ **711 (ບໍລິການສາຍຖ່າຍທອດການສື່ສານ)**.
- **ເປັນລາຍລັກອັກສອນ:** ປະກອບແບບຟອມຄໍາຮ້ອງທຸກ ຫຼື ສົ່ງຫຼັງສືຫາ:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413
ແບບຟອມປະກອບຄໍາຮ້ອງທຸກແມ່ນມີໃຫ້ຢູ່ທີ່
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:** ສົ່ງອີເມວຫາ CivilRights@dhcs.ca.gov.

**ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິ
ການມະນຸດສະຫະລັດ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)**

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຖືກຈຳແນກຄວາມແຕກຕ່າງບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີເຜິ້ວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມ
ພິການ ຫຼື ເພດ, ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກັບກະຊວງສາທາລະນະສຸກສະຫະລັດ
ອາເມຣິກາ, ທີ່ສຳນັກງານສິດທິພົນລະເມືອງ ທາງໂທລະສັບ, ຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິ
ກໄດ້ຄື:

- ທາງໂທລະສັບ: ໂທຫາເບີ **1-800-368-1019**. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າ ຫຼື ໄດ້ຍິນສຽງດີ, ກະລຸນາໂທ
TTY/TDD 1-800-537-7697.
- ເປັນລາຍລັກອັກສອນ: ປະກອບແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ສົ່ງໜັງສືຫາ:

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

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

ທາງອີເລັກໂທຣນິກ: ເຂົ້າຫາເວັບໄຊຄຳຮ້ອງທຸກຂອງຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງທີ່
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.