

ਗੈਰਪੱਖਪਾਤੀ ਨੋਟਿਸ

ਪੱਖਪਾਤ ਕਰਨਾ ਕਾਨੂੰਨ ਦੀ ਉਲੰਘਣਾ ਹੈ। Blue Shield of California Promise Health Plan ਰਾਜਸੀ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦਾ ਪਾਲਣ ਕਰਦਾ ਹੈ। Blue Shield of California Promise Health Plan ਲਿੰਗ, ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਵੰਸ਼, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਨਸਲੀ ਸਮੂਹ ਦੀ ਪਹਿਚਾਣ, ਉਮਰ, ਮਾਨਸਿਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਸਰੀਰਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਾਤ, ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪਹਿਚਾਣ, ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਰੁਝਾਨ ਦੇ ਕਾਰਨ ਗੈਰਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ, ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਕੱਢਦਾ, ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਵੱਖਰਾ ਵਿਵਹਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ।

Blue Shield of California Promise Health Plan ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਂਦਾ ਹੈ:

- ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਬਿਹਤਰ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਮੌਦ ਕਰਨ ਲਈ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ:
 - ✓ ਕਾਬਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਭਾਸ਼ਾ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
 - ✓ ਹੋਰ ਫਾਰਮੇਟਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵੱਡੇ ਪਿੰਟ, ਆਡੀਓ, ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੇਟ, ਹੋਰ ਫਾਰਮੇਟ)
- ਜਿਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮੁਢਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ:
 - ✓ ਕਾਬਲ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
 - ✓ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, Blue Shield of California Promise Health Plan ਨਾਲ ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ - ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਦਰਮਿਆਨ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਆਪਣੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ:

(800) 605-2556 (Los Angeles)

(855) 699-5557 (San Diego)

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਬੋਲ ਜਾਂ ਸੁਣ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਕਿਰਪਾ **TTY:711** ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬੇਨਤੀ ਉੱਤੇ, ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਬਰਾਇਲ, ਵੱਡੇ ਪਿੰਟ, ਆਡੀਓਕੈਸੇਟ, ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹਨਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਵਿੱਚ ਕਾਪੀ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਲਿਖੋ:

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

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਵੇਂ ਦਾਇਰ ਕਰਨੀ ਹੈ

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ Blue Shield of California Promise Health Plan ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਗੈਰਕਾਨੂੰਨੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਪੱਖਪਾਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਇਸ ਅਧਾਰ ਉੱਤੇ ਲਿੰਗ, ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਧਰਮ, ਵੰਸ਼, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਨਸਲੀ ਸਮੂਹ ਦੀ ਪਹਿਚਾਣ, ਉਮਰ, ਦਿਮਾਗੀ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਸਰੀਰਕ ਅਪਾਹਜਤਾ, ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਾਤ, ਜੈਨੇਟਿਕ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਵਿਆਹੁਤਾ ਸਥਿਤੀ, ਲਿੰਗ, ਲਿੰਗ ਪਹਿਚਾਣ, ਜਾਂ ਜਿਨਸੀ ਰੁਝਾਨ, ਤੁਸੀਂ ਇੱਥੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ Blue Shield of California Promise Health Plan ਦੇ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰ ਸਹਾਇਕ। ਤੁਸੀਂ ਫੋਨ, ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ, ਆਪ ਪੇਸ਼ ਹੋ ਕੇ, ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ: Blue Shield of California Promise Health Plan ਦੇ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰ ਸਹਾਇਕ ਨਾਲ ਸੇਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ - ਸ਼ਾਮ 6 ਵਜੇ ਦਰਮਿਆਨ (844) 883-2233 ਉੱਤੇ

ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। ਜਾਂ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਬੋਲ ਜਾਂ ਸੁਣ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਕਿਰਪਾ TTY/TDD 711 ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

- ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ: ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਭਰੋ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਲਿਖੋ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:

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

- ਪੇਸ਼ ਹੋ ਕੇ: ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਫਤਰ ਜਾਂ Blue Shield of California Promise Health Plan ਵਿਖੇ ਆਓ ਅਤੇ ਕਹੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ।
- ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ: Blue Shield of California Promise Health Plan ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ www.blueshieldca.com/promise/medi-cal ਉੱਤੇ ਜਾਓ।

ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦਾ ਦਫਤਰ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS)– ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿਭਾਗ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿਭਾਗ, ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੇ ਦਫਤਰ ਨੂੰ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫੋਨ, ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ: **916-440-7370** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬੋਲ ਜਾਂ ਸੁਣ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **711 (ਟੈਲੀਕਮਿਊਨੀਕੇਸ਼ਨ ਰਿਲੇ ਸੇਵਾ)** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।
- ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ: ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਭਰੋ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:

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

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਇੱਥੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ: CivilRights@dhcs.ca.gov ਉੱਤੇ ਈਮੇਲ ਭੇਜੋ।

ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦਾ ਦਫਤਰ – ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਯੂ.ਐਸ. ਵਿਭਾਗ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਧਿਕਾਰਤਾ ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਅਧਾਰ ਉੱਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤੁਸੀਂ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਯੂ.ਐਸ. ਵਿਭਾਗ, ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੇ ਦਫਤਰ ਵਿਖੇ, ਲਿਖਤੀ, ਜਾਂ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- ਫੋਨ ਦੁਆਰਾ: **1-800-368-1019** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬੋਲ ਜਾਂ ਸੁਣ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਫੋਨ ਕਰੋ **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ: ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਭਰੋ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ:

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

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਇੱਥੇ ਉਪਲਬਧ ਹਨ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ: ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਦਫਤਰੀ ਪੋਰਟਲ ਉੱਤੇ ਜਾਓ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.