

ՈՉ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

Խտրականությունը դեմ է օրենքին: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը հետևում է նահանգի և դաշնային քաղաքացիական իրավունքների մասին օրենքներին: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը անօրինական կերպով խտրականություն չի դնում, չի բացառում մարդկանց կամ նրանց այլ կերպ չի վերաբերվում սեռի, ռասայի, գույնի, դավանանքի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկական խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ընտանեկան կարգավիճակի, գենդերի, սեռական ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը մատուցում է՝

- Ժամանակին անվճար օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամներին, որպեսզի ավելի լավ հաղորդակցեն մեզ հետ, ինչպես՝
 - ✓ Խուլուհամրերի որակյալ թարգմանիչներ
 - ✓ Տարբեր ձևաչափերով գրավոր տեղեկություն (խոշոր տառատեսակ, ձայնագրություն, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, ուրիշ ձևաչափեր)
- Ժամանակին անվճար լեզվական ծառայություններ անձանց, որոնց առաջնային լեզուն անգլերենը չէ, ինչպես՝
 - ✓ Որակյալ բանավոր թարգմանիչներ
 - ✓ Ուրիշ լեզուներով գրված տեղեկություն

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, կապվեք Blue Shield of California Promise Health Plan-ի հետ 8 : 00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Չանգահարեք Հաճախորդների խնամք Ձեր տարածաշրջանում:

(800) 605-2556 (Լոս Անջելես)

(855) 699-5557 (Սան Դիեգո)

Եթե չեք կարող լավ լսել ու խոսել, խնդրվում է զանգահարել **TTY` 711**: Ցանկության դեպքում այս փաստաթուղթը կարող է Ձեզ հասանելի լինել Բրայլի լեզվով, խոշոր տպատառերով, ձայնագրված կամ էլեկտրոնային տեսքով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով պատճենը ստանալու համար զանգահարեք կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

Blue Shield of California Promise Health Plan Հաճախորդների խնամք

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806

(800) 605-2556 (Լոս Անջելես)

(855) 699-5557 (Սան Դիեգո)

TTY` 711

ԻՆՉՊԵՍ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ ԲՈՂՈՔԸ

Եթե կարծում եք, որ Blue Shield Promise-ը չի կարողացել մատուցել այդ ծառայությունները կամ անօրինական կերպով խտրականություն է դրել մեկ այլ ձևով՝ սեռի, ռասայի, գույնի, դավանանքի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկական խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկության, ընտանեկան կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել Blue Shield of California Promise Health Plan-ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգող: Բողոքը կարող եք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ, կամ էլեկտրոնային միջոցով՝

- Հեռախոսով: Կապվեք Blue Shield of California Promise Health Plan-ի

քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ 8:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ զանգահարելով (844) 883-2233: Կամ, եթե չեք կարող լավ լսել ու խոսել, խնդրվում է զանգահարել TTY/TDD 711 համարով:

- Գրավոր՝ Լրացրեք զանգատի ձևաթուղթը կամ նամակ գրեք և ուղարկեք այս հասցեով՝ Blue Shield of California Promise Health Plan-ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգող:
3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806
- Անձամբ՝ Այցելեք Ձեր բժշկի գրասենյակը կամ Blue Shield of California Promise Health Plan-ը և ասեք, որ ուզում եք բողոք ներկայացնել:
- Էլեկտրոնային միջոցով՝ Այցելեք Blue Shield of California Promise Health-ի կայքը այս հասցեով՝ www.blueshieldca.com/promise/medi-cal:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԲԱԺԻՆ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների զանգատ ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի սպասարկման բաժին (California Department of Health Care Services)՝ Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ գրավոր կամ Էլեկտրոնային միջոցով՝

- Հեռախոսով՝ Չանգահարեք **916-440-7370**: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրվում ենք զանգահարել **711 (Հեռահաղորդակցման փոխանցման ծառայություն)**:
- Գրավոր՝ Լրացրեք զանգատի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413
Գանգատի ձևաթղթերը առկա են այս կայքում՝
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx:
- Էլեկտրոնային միջոցով՝ Նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ CivilRights@dhcs.ca.gov:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ – ԱՄՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՄԱՐԴՈՒԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

Եթե կարծում եք, որ ենթարկվել եք խտրական վերաբերմունքի ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների զանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների նախարարություն (U.S. Department of Health and Human Services)՝ Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ, հեռախոսով, գրավոր կամ Էլեկտրոնային եղանակով՝

- Հեռախոսով՝ Չանգահարեք **1-800-368-1019**: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրվում է զանգահարել **TTY/TDD 1-800-537-7697 համարով**:
- Գրավոր՝ Լրացրեք զանգատի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Գանգատի ձևաթղթերը առկա են այս կայքում՝ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>:
- Էլեկտրոնային միջոցով՝ Այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի Գանգատի կայքամուտքը՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>: