

非歧视通知

歧视属于违法行为。Blue Shield of California Promise Health Plan 遵守州和联邦民权法律。Blue Shield of California Promise Health Plan 不会因生理性别、种族、肤色、宗教、血统、原国籍、族群认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向而歧视、排斥或区别对待任何人。

Blue Shield of California Promise Health Plan 规定：

- 为残障人士免费提供及时援助和服务，以便他们与我们更好地进行沟通，例如：
 - ✓ 合格的手语翻译员
 - ✓ 其他格式的书面信息（大字体、音频、可获取的电子格式和其他格式）
- 为母语非英语的人士提供及时的免费语言服务，例如：
 - ✓ 合格的口译员
 - ✓ 用其他语言写的信息

如果您需要上述服务，请在周一至周五上午 8 点至下午 6 点联系 Blue Shield of California Promise Health Plan。致电您所在地区的客户服务部：

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

如果您有听力或语言障碍，请拨打 **TTY 专线：711**。根据您的要求，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、录音带或电子版。如需获得任何上述替代格式的副本，请按如下信息致电或致函：

Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Service
3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806
(800) 605-2556 (Los Angeles)
(855) 699-5557 (San Diego)
TTY 专线：711

如何提出申诉

如果您认为 Blue Shield of California Promise Health Plan 未能提供这些服务，或基于生理性别、种族、肤色、宗教、血统、原国籍、族群认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向以其他方式非法地歧视他人，您可向 Blue Shield of California Promise Health Plan 民权协调员提出申诉。您可通过电话、信函、亲自提交或电子方式提出申诉：

- 通过电话：您可在周一至周五上午 8 点至下午 6 点，致电联系 Blue Shield of California Promise Health Plan 民权协调员，电话：(844) 883-2233。或者，如果您有听力或语言障碍，请拨打 TTY/TDD 专线：711。
- 通过信函：填写投诉表或者写信并寄至：
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator
3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806

- 亲自提交: 前往您医生的诊室或 Blue Shield of California Promise Health Plan 并告知您想提出申诉。
- 电子方式: 访问 Blue Shield of California Promise Health Plan 的网站 www.blueshieldca.com/promise/medi-cal。

OFFICE OF CIVIL RIGHTS (民权办公室) - CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES (加州医疗保健服务部)

您还可通过电话、信函或电子方式向加州 Department of Health Care Services 的民权办公室提出民权投诉:

- 通过电话: 请致电 **916-440-7370**。如果您有听力或语言障碍, 请致电 **711 (Telecommunications Relay Service)**。
- 通过信函: 填写投诉表或寄送信函至:
Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413
投诉表格可于以下网站获取: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。
- 电子方式: 发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

OFFICE OF CIVIL RIGHTS - U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (美国卫生和公共服务部)

如果您认为自己因种族、肤色、原国籍、年龄、残障情况或性别而遭受歧视, 您还可通过电话、信函或电子方式向美国 Department of Health and Human Services 的民权办公室提交民权投诉:

- 通过电话: 请致电 **1-800-368-1019**。如果您有语言或听力障碍, 请拨打 TTY/TDD 专线: 1-800-537-7697。
- 通过信函: 填写投诉表或寄送信函至
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
投诉表格可于以下网站获取: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。
- 电子方式: 访问民权办公室的投诉门户网站:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。