

اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض بر خلاف قانون است Blue Shield of California Promise Health Plan از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال تبعیض می‌کند. Blue Shield of California Promise Health Plan به طور غیرقانونی بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت گروهی بومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمانی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنس، سوگیری جنسی تبعیض قائل نشده، اشخاص را محروم نکرده یا به صورت متفاوت با آنها رفتار نمی‌کند.

خدمات ارائه شده توسط Blue Shield of California Promise Health Plan:

- امداد و خدمات رایگان را به موقع در اختیار اشخاص معلول قرار می‌دهد تا بهتر ارتباط برقرار کنند، از جمله:
 - ✓ مترجمین واجد شرایط برای زبان اشاره
 - ✓ اطلاعات کتبی به سایر فرمت‌ها (چاپ درشت، صوتی، فرمت‌های الکترونیک قابل دسترسی، فرمت‌های دیگر)
- ارائه به موقع خدمات رایگان زبانی به اشخاصی که زبان مادری آنها انگلیسی نیست، از جمله:

- ✓ مترجمین شفاهی واجد شرایط
- ✓ اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

در صورت نیاز به این خدمات، بین ساعات 8 صبح و 6 بعدازظهر از دوشنبه تا جمعه با Blue Shield of California Promise Health Plan تماس بگیرید. با بخش مراقبت از مشتریان در ناحیه خود تماس بگیرید:

(800) 605-2556 (Los Angeles)

(855) 699-5557 (San Diego)

اگر مشکلات گویایی یا شنوایی دارید، لطفاً با **TTY: 711** تماس بگیرید. این نوشتار بنابر درخواست به صورت بریل، چاپ درشت، کاست صوتی و الکترونیک موجود می‌باشد. برای دستیابی به یک نسخه از این فرمت‌های متفاوت، لطفاً با ما تماس بگیرید یا مکاتبه نمایید:

Blue Shield of California Promise Health Plan

Customer Care

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806

(800) 605-2556 (Los Angeles)

(855) 699-5557 (San Diego)

TTY: 711

روش تسلیم ناراضایتی

اگر عقیده دارید که Blue Shield of California Promise Health Plan در ارائه این خدمات کوتاهی کرده است یا به طور غیرقانونی به هر صورتی بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت گروهی بومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمانی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنس یا سوگیری جنسی تبعیض قائل شده است، می‌توانید یک ناراضایتی را تسلیم کنید. هماهنگ کننده حقوق مدنی Blue Shield of California Promise Health Plan می‌تواند ناراضایتی را از طریق تلفن، مکاتبه، به طور حضوری یا الکترونیک تسلیم کنید:

- توسط تلفن: با هماهنگ کننده حقوق مدنی Blue Shield of California Promise Health Plan بین ساعات 8 صبح و 6 بعدازظهر از دوشنبه تا جمعه به شماره (844) 883-2233 تماس بگیرید. یا اگر مشکلات گویایی یا شنوایی دارید، لطفاً با TTY/ TDD 711 تماس بگیرید.

- از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کرده یا نامه‌ای را نوشته و به نشانی زیر ارسال کنید:

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator

3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806

- به طور حضوری: به مطب پزشک خود یا Blue Shield of California Promise Health Plan مراجعه کرده و بگویید که می خواهید یک نارضایتی را تسلیم نمایید.
- به صورت الکترونیکی: از تارنمای Blue Shield of California Promise Health Plan به آدرس www.blueshieldca.com/promise/medi-cal بازدید کنید.

**دفتر حقوق مدنی (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) - اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا
(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

می توانید شکایت حقوق مدنی را به سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی توسط تلفن، مکاتبه یا به صورت الکترونیکی نیز تسلیم نمایید:

- توسط تلفن: با شماره **916-440-7370** تماس بگیرید. اگر مشکل گویایی یا شنوایی دارید، لطفاً با **711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرید**.

- از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

فرم های شکایت در http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود می باشند.

- به صورت الکترونیکی: به این آدرس ایمیل بفرستید: CivilRights@dhcs.ca.gov.

**دفتر حقوق مدنی - اداره بهداشت و خدمات انسانی آمریکا
(U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)**

اگر عقیده دارید که براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت بومی گروهی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمانی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی یا سوگیری جنسیتی بر علیه شما تبعیض قائل شده است، می توانید یک شکایت حقوق مدنی را به سازمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی توسط تلفن، مکاتبه یا الکترونیکی تسلیم نمایید:

- توسط تلفن: با شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر مشکلات شنوایی یا گویایی دارید، لطفاً با **TTY/TDD 1-800-537-7697** تماس بگیرید.

- از طریق مکاتبه: فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای را به نشانی زیر ارسال دارید:

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

فرم های شکایت در <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm> موجود می باشند.

- به صورت الکترونیکی: از پورتال شکایات دفتر حقوق مدنی به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> بازدید کنید.