

गैर-भेदभाव नोटिस

भेदभाव कानून के खिलाफ है। Blue Shield of California Promise Health Plan राज्य और संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का पालन करता है। Blue Shield of California Promise Health Plan लिंग, जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, आयु, मानसिक विकलांगता, शारीरिक अक्षमता, चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वैवाहिक स्थिति, लिंग पहचान, या यौन अभिविन्यास के कारण लोगों के साथ गैर-कानूनी रूप से भेदभाव नहीं करता है, उन्हें बाहर नहीं करता है या उनके साथ किसी भी प्रकार का अलग व्यवहार नहीं करता है।

Blue Shield of California Promise Health Plan प्रदान करता है:

- विकलांग लोगों को बेहतर संवाद करने में मदद करने के लिए समय पर मुफ्त सहायता और सेवाएं, जैसे:
 - ✓ योग्य सांकेतिक भाषा व्याख्याकार
 - ✓ अन्य प्रारूपों में लिखित जानकारी (बड़े प्रिंट, ऑडियो, सुलभ इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप, अन्य प्रारूप)
- जिन लोगों की प्राथमिक भाषा अंग्रेजी नहीं है, उनके लिए समय पर मुफ्त भाषा सेवाएं, जैसे:
 - ✓ योग्य दुभाषिण
 - ✓ अन्य भाषाओं में लिखी गई जानकारी

यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है, तो से संपर्क करें सुबह 8 बजे - शाम 6 बजे बीच, सोमवार से शुक्रवार। अपने क्षेत्र के ग्राहक देखभाल पर कॉल करें:

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

यदि आप ठीक से सुन या बोल नहीं सकते हैं, तो कृपया TTY:711 पर कॉल करें। अनुरोध करने पर, यह दस्तावेज़ आपको ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियो कैसेट या इलेक्ट्रॉनिक रूप में उपलब्ध कराया जा सकता है। इन प्रारूपों में से किसी भी एक विकल्प में प्रति प्राप्त करने के लिए, कृपया कॉल करें या निचे दिए गए पते पर लिखें:

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:711

शिकायत कैसे दर्ज करें

यदि को आपको लगता है कि Blue Shield of California Promise Health Plan इन सेवाओं को प्रदान करने में विफल रही है या लिंग, जाति, रंग, धर्म, वंश, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, आयु, मानसिक विकलांगता, शारीरिक विकलांगता चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लिंग पहचान, या यौन अभिविन्यास के आधार पर किसी अन्य तरीके से भेदभाव किया गया है तो आप शिकायत दर्ज कर सकते हैं Blue Shield of California Promise Health Plan के नागरिक अधिकार समन्वयक। आप फोन द्वारा, लिखित रूप में, व्यक्तिगत रूप से या इलेक्ट्रॉनिक रूप से शिकायत दर्ज कर सकते हैं:

- **फोन द्वारा:** Blue Shield of California Promise Health Plan के नागरिक अधिकार समन्वयक से संपर्क करें, सुबह 8 बजे से शाम 6 बजे के बीच, सोमवार – शुक्रवार, कॉल नंबर है (844) 883-2233 / या, यदि आप ठीक से सुन या बोल नहीं सकते हैं, तो कृपया TTY/TDD 711 पर कॉल करें।
- **लिखित रूप में:** शिकायत फॉर्म भरें या एक पत्र लिखें और इसे निचे लिखे पते पर भेजें:
Blue Shield of California Promise Health Plan
3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806
- **व्यक्तिगत रूप से:** अपने डॉक्टर के कार्यालय या Blue Shield of California Promise Health Plan पर जाएँ और बताएं कि आप शिकायत दर्ज करना चाहते हैं।
- **इलेक्ट्रॉनिक रूप से:** Blue Shield of California Promise Health Plan की वैबसाइट पर जाएँ-
www.blueshieldca.com/promise/medi-cal

नागरिक अधिकार कार्यालय (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – कैलिफ़ोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ केयर सर्विसेज़ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

आप कैलिफ़ोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ केयर सर्विसेज़, ऑफ़िस ऑफ़ सिविल राइट्स में फ़ोन, लिखित या इलेक्ट्रॉनिक रूप से नागरिक अधिकारों की शिकायत दर्ज कर सकते हैं:

- **फोन द्वारा:** कॉल करें - 916-440-7370 | यदि आप ठीक से बोल या सुन नहीं सकते हैं, तो कृपया 711 पर कॉल करें (टेलिकम्युनिकेशन्स रिले सर्विस)।
- **लिखित रूप में:** शिकायत फॉर्म भरें या एक पत्र निचे लिखे पते पर भेजें:
**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413**
शिकायत फॉर्मस यहां उपलब्ध हैं http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx |
- **इलेक्ट्रॉनिक रूप से:** एक ईमेल इस पते पर भेजें CivilRights@dhcs.ca.gov |

नागरिक अधिकार कार्यालय – यूएस डिपार्टमेंट ऑफ़ हेल्थ एंड ह्यूमन सर्विसेस (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

अगर आपको लगता है कि आपके साथ नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, उम्र, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव किया गया है, तो आप यूएस स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग, नागरिक अधिकार कार्यालय के पास फोन पर नागरिक अधिकार शिकायत दर्ज कर सकते हैं। लिखित रूप में, या इलेक्ट्रॉनिक रूप से:

- **फोन द्वारा:** कॉल करें - 1-800-368-1019 | यदि आप ठीक से बोल या सुन नहीं सकते हैं, तो कृपया इस नंबर पर कॉल करें TTY/TDD 1-800-537-7697।
- **लिखित रूप में:** शिकायत फॉर्म भरें या एक पत्र निचे लिखे पते पर भेजें:
**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**
शिकायत फॉर्मस यहां उपलब्ध हैं <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> |
- **इलेक्ट्रॉनिक रूप से:** नागरिक अधिकार शिकायत कार्यालय के पोर्टल के लिए निचे दिए गए लिंक पर जाएँ-
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> |