

無差別に関する通知

差別は法律違反です。Blue Shield of California Promise Health Planは、州および連邦政府の公民権法を順守します。Blue Shield of California Promise Health Planは、性別、人種、肌の色、宗教、家系、出身国、民族、年齢、精神障害、身体障害、疾患、遺伝情報、婚姻状況、ジェンダー、性自認、または性的指向を理由に、人々を不法に差別したり、除外したり、異なる扱いをすることはありません。

Blue Shield of California Promise Health Planは以下を提供します。

- 障害をお持ちの方とのコミュニケーションを支援する適時の無料のサービス。これには以下が含まれます。
 - ✓ 有資格の手話通訳者
 - ✓ 異なる形式による書面の情報（大きな字、音声、アクセス可能な電子形式やその他の形式）
- 英語を母国語としない方々のための適時の無料の言語サービス。これには以下が含まれます。
 - ✓ 有資格の通訳者
 - ✓ 英語以外の言語で書かれた情報

これらのサービスを必要とされる方は、Blue Shield of California Promise Health Planにご連絡ください。月曜日から金曜日の午前8時から午後6時まで受け付けています。お住まいの地域のカスタマーケアにお電話ください。

(800) 605-2556 (Los Angeles)

(855) 699-5557 (San Diego)

聴覚や言語に障害をお持ちの方は、**TTY (711)** におかけください。ご要望をいただき次第、本書を点字、大きな字、オーディオカセット、または電子形式でご用意いたします。これらいずれかの形式でコピーを入手するには、お電話または書簡にて下記にご連絡ください。

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

苦情を申し立てる方法

Blue Shield of California Promise Health Planが、これらのサービスを提供しなかった、または、性別、人種、肌の色、宗教、家系、出身国、民族、年齢、精神障害、身体障害、疾患、遺伝情報、婚姻状況、ジェンダー、性自認、もしくは性的指向を理由にその他の方法で不法に差別を行ったと思われる場合は、Blue Shield of California Promise Health Planの公民権コーディネーターに苦情を申し立てること（苦情申請）ができます。苦情申請は、電話、面談、または電子的な方法で行うことができます。

- **電話** : Blue Shield of California Promise Health Planの公民権コーディネーターまでお電話 **(844) 883-2233** にてご連絡ください。月曜日から金曜日の午前8時から午後6時ま

で受け付けています。聴覚や言語に障害をお持ちの方は、TTY/TDD (711) におかけください。

- **書面**：苦情申請フォームに記入するか、状況を説明した書簡を下記にご送付ください。
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator
3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806
- **面談**：当該の医師の診療所またはBlue Shield of California Promise Health Planの事務所に
出向き、苦情申請の意向を直接お伝えください。
- **電子的な方法**：Blue Shield of California Promise Health Planのウェブサイト
www.blueshieldca.com/promise/medi-calをご利用ください。

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES (カリフォルニア州医療サービス局の公民権部門)

公民権に関する苦情は、カリフォルニア州医療サービス局の公民権部門に、電話、書面、またはオンラインで申し立てることもできます。

- **電話**：電話番号は**916-440-7370**です。聴覚や言語に障害をお持ちの方は、**711 (電話リレーサービス)**におかけください。
- **書面**：苦情申請フォームに記入するか、状況を説明した書簡を下記にご送付ください。
**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413**
苦情申請フォームはhttp://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspxで入手することができます。
- **電子的な方法**：EメールをCivilRights@dhcs.ca.govに送信してください。

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (米国保健福祉省の公民権局)

人種、肌の色、出身国、年齢、障害、または性別を理由に差別を受けていると思われる場合、米国保健福祉省の公民権局に、電話、書面、または電子的な方法で苦情を申し立てることもできます。

- **電話**：電話番号は**1-800-368-1019**です。聴覚や言語に障害をお持ちの方は、**TTY/TDD 1-800-537-7697**におかけください。
- **書面**：苦情申請フォームに記入するか、状況を説明した書簡を下記にご送付ください。
**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**
苦情申請フォームは<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>から入手することができます。
- **電子的な方法**：公民権局の苦情ポータル<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>をご利用ください。