

비차별 통지서

차별은 위법입니다. Blue Shield of California Promise Health Plan은 주 및 연방 인권법을 준수합니다. Blue Shield of California Promise Health Plan은 성, 인종, 피부색, 종교, 조상, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신장애, 신체장애, 의학적 상태, 유전자 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향에 따라 사람들을 불법적으로 차별하거나, 제외하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Blue Shield of California Promise Health Plan은 다음을 제공합니다.

- 장애를 가진 사람들이 보다 효과적으로 의사소통할 수 있도록 적시에 다음과 같은 무료 지원 및 서비스:
 - ✓ 유자격 수화 통역사
 - ✓ 다른 형식으로 작성된 정보(대형 활자 인쇄본, 오디오, 이용 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주 사용 언어가 영어가 아닌 사람들을 위해 적시에 다음과 같은 무료 언어 서비스:
 - ✓ 유자격 통역사
 - ✓ 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하신 경우, Blue Shield of California Promise Health Plan에 월요일부터 금요일, 오전 8시에서 오후 6시 사이에 연락하십시오. 귀하의 지역 내 고객 관리에 전화하십시오.

(800) 605-2556(Los Angeles)

(855) 699-5557(San Diego)

듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 경우, **TTY: 711**번으로 전화하십시오. 요청에 의해 이 문서는 점자, 대형 활자 인쇄본, 오디오 카세트, 또는 전자 형식으로 귀하에게 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받고자 하는 경우, 다음으로 전화하거나 서신을 보내십시오.

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

이의제기 방법

Blue Shield of California Promise Health Plan이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 다른 방식으로 성, 인종, 피부색, 종교, 조상, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신장애, 신체장애, 의학적 상태, 유전자 정보, 결혼 여부, 성 정체성 또는 성적 지향에 따라 불법적으로 차별했다고 생각하시는 경우, 귀하는 Blue Shield of California Promise Health Plan의 인권 코디네이터에게 이의제기를 하실 수 있습니다. 귀하는 전화, 서면, 온라인 또는 직접 방문하셔서 이의제기를 하실 수 있습니다.

- **전화:** Contact Blue Shield of California Promise Health Plan의 인권 코디네이터에게 월요일부터 금요일, 오전 8시에서 오후 6시 사이에 **(844) 883-2233**번으로 연락하십시오. 또는 듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 경우 TTY/TDD 711번으로 전화하십시오.

- 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하셔서 다음으로 발송하십시오.
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator
3840 Kilroy Airport Way, Long Beach, CA 90806
- 직접 방문: 귀하의 의사 진료소 또는 Blue Shield of California Promise Health Plan을 방문하셔서 이의제기를 원한다고 말씀하십시오.
- 온라인: Blue Shield of California Promise Health Plan 웹사이트
www.blueshieldca.com/promise/medi-cal을 방문하십시오.

인권 사무소 (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) - 캘리포니아주 보건국(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

또한 귀하는 전화, 서면 또는 온라인으로 캘리포니아주 보건국 인권 사무소로 인권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- 전화: **916-440-7370**번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있으신 경우, **711(통신 중계 서비스)**번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.

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

불만 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

인권 사무소 - 미국 보건복지부(U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

만약 귀하가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별받았다고 생각하시는 경우, 귀하는 또한 미국 보건복지부 인권국에 전화, 서면 또는 온라인으로 인권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- 전화: **1-800-368-1019**번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있으신 경우 **TTY/TDD 1-800-537-7697**번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.

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

불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

- 온라인: 인권 사무소 불만사항 포털 사이트 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문하십시오.