

## УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Дискриминация запрещена законом. План Blue Shield of California Promise Health Plan соблюдает федеральное законодательство и законы штата в части гражданских прав и не допускает противозаконной дискриминации, не отказывает в предоставлении услуг и не относится к людям предвзято на основании их пола, расы, цвета кожи, вероисповедания, происхождения, национальной или этнической принадлежности, возраста, психической либо физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

План Blue Shield of California Promise Health Plan предлагает:

- Лицам с инвалидностью следующие бесплатные услуги и средства обеспечения эффективного взаимодействия:
  - ✓ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - ✓ письменные материалы в других форматах (крупный шрифт, звуковой формат, удобные для восприятия электронные форматы и другое).
- Тем, для кого английский не является родным языком, следующие бесплатные услуги языковой поддержки:
  - ✓ услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - ✓ печатные материалы на других языках.

Если вам нужны такие услуги, обращайтесь в план Blue Shield of California Promise Health Plan с 8 до 18 часов с понедельника по пятницу. Позвоните в отдел по работе с клиентами своего региона:

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

Если вы испытываете проблемы с речью или слухом, позвоните по телефону **TTY:711**. По запросу вам могут предоставить этот документ в электронном виде или на аудиокассете, а также набрать шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Чтобы получить копию документа в одном из таких альтернативных форматов, позвоните или напишите нам:

Blue Shield of California Promise Health Plan  
Customer Care  
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755  
(800) 605-2556 (Los Angeles)  
(855) 699-5557 (San Diego)  
TTY:711

---

## **КАК ПОДАТЬ ПРЕТЕНЗИЮ**

Если вы считаете, что план Blue Shield of California Promise Health Plan не выполняет свои обязательства по оказанию данных услуг или в нарушение закона допускает дискриминацию по признаку пола, расы, цвета кожи, вероисповедания, происхождения, национальной или этнической принадлежности, возраста, психической либо физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности, гендерной идентичности или сексуальной ориентации каким-либо другим образом, вы можете подать претензию на имя координатора плана Blue Shield of California Promise Health Plan по гражданским правам. Претензию можно подать по телефону, в письменном виде, лично или в электронном формате.

- **По телефону:** позвоните координатору плана Blue Shield of California Promise Health Plan по гражданским правам с понедельника по пятницу с 8 до 18 часов по номеру (844) 883-2233. Или, если вы испытываете проблемы с речью или слухом, позвоните по номеру линии TTY/TDD 711.
- **В письменном виде:** заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:  
  
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755
- **Лично:** посетите кабинет своего врача или офис плана Blue Shield of California Promise Health Plan и сообщите, что хотите подать претензию.
- **В электронном формате:** посетите веб-сайт плана Blue Shield of California Promise Health Plan по адресу [www.blueshieldca.com/promise/medi-cal](http://www.blueshieldca.com/promise/medi-cal).

---

**ОТДЕЛ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) ДЕПАРТАМЕНТА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА КАЛИФОРНИЯ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF  
HEALTH CARE SERVICES)**

Жалобу о нарушении гражданских прав также можно подать в отдел гражданских прав Департамента здравоохранения штата Калифорния по телефону, в письменном виде или в электронном формате.

- По телефону: позвоните по номеру **916-440-7370**. Если у вас проблемы с речью или слухом, наберите **711 (служба ретрансляции)**.
- В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

**Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 009 Sacramento, CA 95899-7413**

Бланки жалоб можно найти на сайте  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- В электронном формате: отправьте сообщение по адресу  
[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

**ОТДЕЛ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ США (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND  
HUMAN SERVICES)**

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в отдел гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США — по телефону, в письменном виде или в электронном формате:

- По телефону: позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Если вы испытываете проблемы с речью или слухом, позвоните по телефону **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- В письменном виде: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

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

Бланки жалоб можно найти на веб-сайте  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

В электронном формате: посетите портал Отдела по рассмотрению жалоб о нарушении гражданских прав по адресу  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.