

## ՈՉ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

Խտրականությունը դեմ է օրենքին: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը հետևում է նահանգի և դաշնային քաղաքացիական իրավունքների մասին օրենքներին: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը անօրինական կերպով խտրականություն չի դնում, չի բացառում մարդկանց կամ նրանց այլ կերպ չի վերաբերվում սեռի, ռասայի, գույնի, դավանանքի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկական խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ընտանեկան կարգավիճակի, գենդերի, սեռական ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը մատուցում է՝

- Անվճար օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամներին, որպեսզի ավելի լավ հաղորդակցեն մեզ հետ, ինչպես՝
  - ✓ Խուլուհամրերի որակյալ թարգմանիչներ
  - ✓ Տարբեր ձևաչափերով գրավոր տեղեկություն (խոշոր տառատեսակ, ձայնագրություն, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, ուրիշ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ անձանց, որոնց առաջնային լեզուն անգլերենը չէ, ինչպես՝
  - ✓ Որակյալ բանավոր թարգմանիչներ
  - ✓ Ուրիշ լեզուներով գրված տեղեկություն

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, կապվեք Blue Shield of California Promise Health Plan-ի հետ 8:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Չանգահարեք Զանգահարելու խնամք Ձեր տարածաշրջանում.

**(800) 605-2556 (Լուս Անջելես)**

**(855) 699-5557 (Սան Դիեգո)**

Եթե չեք կարող լավ լսել ու խոսել, խնդրվում է զանգահարել **ԽԿ՝ 711**: Ցանկության դեպքում այս փաստաթուղթը կարող է Ձեզ հասանելի լինել Բրայլի լեզվով, խոշոր տպատառերով, ձայնագրված կամ էլեկտրոնային տեսքով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով պատճենը ստանալու համար զանգահարեք կամ նամակ ուղարկեք հետևելիալ հասցեով՝

Blue Shield of California Promise Health Plan  
Հաճախորդների խնամք  
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755  
(800) 605-2556 (Լուս Անջելես)  
(855) 699-5557 (Սան Դիեգո)  
TTY 711

---

## **ԻՆՉՊԵՍ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ ԲՈՂՈՔԸ**

Եթե կարծում եք, որ Blue Shield Promise-ը չի կարողացել մատուցել այդ ծառայությունները կամ անօրինական կերպով խտրականություն է դրել մեկ այլ ձևով՝ սեռի, ռասայի, գույնի, դավանանքի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկական խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկության, ընտանեկան կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել Blue Shield of California Promise Health Plan-ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգող: Բողոքը կարող եք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ, կամ էլեկտրոնային միջոցով՝

- Հեռախոսով՝ Կապվեք Blue Shield of California Promise Health Plan-ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ 8:00-ից 18:00, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ զանգահարելով (844) 883-2233: Կամ, եթե չեք կարող լավ լսել ու խոսել, խնդրվում է զանգահարել TTY/TDD 711 համարով:
- Գրավոր՝ Լրացրեք գանգատի ձևաթուղթը կամ նամակ գրեք և ուղարկեք այս հասցեով՝

Blue Shield of California Promise Health Plan-ի քաղաքացիական  
իրավունքների համակարգող:  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755

- Անձամբ՝ Այցելեք Ձեր բժշկի գրասենյակը կամ Blue Shield of California Promise Health Plan-ը և ասեք, որ ուզում եք բողոք ներկայացնել:
- Էլեկտրոնային միջոցով՝ Այցելեք Blue Shield of California Promise Health-ի կայքը այս հասցեով՝ [www.blueshieldca.com/promise](http://www.blueshieldca.com/promise):

---

**ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԲԱԺԻՆ (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների գանգատ ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի սպասարկման բաժին (California Department of Health Care Services)՝ Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ գրավոր կամ էլեկտրոնային միջոցով՝

- Հեռախոսով՝ Չանգահարեք **916-440-7370**: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել **711 (Հեռահաղորդակցման փոխանցման ծառայություն)**:
- Գրավոր՝ Լրացրեք գանգատի ձևաթուղթ կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

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

Գանգատի ձևաթղթերը առկա են այս կայքում՝  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx):

- Էլեկտրոնային միջոցով՝ Նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեյով՝  
[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov):

---

**ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ – ԱՄՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍԱՐԴՈՒ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)**

Եթե կարծում եք, որ ենթարկվել եք խտրական վերաբերմունքի ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների գանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների նախարարություն (U.S. Department of Health and Human Services)՝ Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ, հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով՝

- Հեռախոսով՝ Չանգահարեք **1-800-368-1019**: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրվում է զանգահարել **TTY/TDD 1-800-537-7697 համարով**:

- Գրավոր՝ Լրացրեք գանգատի ձևաթուղթ կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

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

Գանգատի ձևաթղթերը առկա են այս կայքում՝  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>:

Էլեկտրոնային միջոցով՝ Այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների  
գրասենյակի Գանգատի կայքամուտք՝  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>: