

## សេចក្តីជូនដំណឹងការមិនរើសអើង

ការរើសអើង គឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ Blue Shield of California Promise Health Plan ប្រតិបត្តិតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិល នៃរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ Blue Shield of California Promise Health Plan មិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់, បដិសេធមនុស្ស, ឬប្រព្រឹត្តិទៅលើពួកគេ ខុសៗគ្នា ដោយសារតែ ភេទ, ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, សាសនា, ពូជពង្ស, ដើមកំណើត, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានផ្សេងៗ, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភោគ, អត្តសញ្ញាណភិនភោគ ឬបែបសេពសន្ថវៈ ឡើយ។

Blue Shield of California Promise Health Plan ផ្តល់៖

- ជំនួយ និងសេវាគិតគិតថ្លៃ សំរាប់មនុស្សដែលពិការ ដើម្បីជួយគេប្រាស្រ័យទាក់ទងឲ្យបានល្អប្រសើរ ដូចជា៖
  - ✓ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាមានលក្ខណសម្បត្តិ
  - ✓ ព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំៗ, សំឡេង, ទំរង់អេឡិកត្រូនិក អាចយកបាន, ទំរង់ផ្សេងទៀត)
- សេវាភាសាគិតគិតថ្លៃ សំរាប់មនុស្សដែលភាសាបឋមរបស់គេ មិនមែនអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - ✓ អ្នកបកប្រែមានលក្ខណសម្បត្តិ
  - ✓ ព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជាភាសាផ្សេងទៀត

បើសិនអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ ទាក់ទង Blue Shield of California Promise Health Plan ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក – 6 ល្ងាច ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ ហៅផ្នែកថែទាំអតិថិជន ក្នុងតំបន់របស់អ្នក៖

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

បើសិនអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយមិនបានល្អទេ សូមហៅ **TTY:711**។ ឯកសារនេះអាចផ្តល់ជូនអ្នកតាមសំណូមពរ ជាអក្សរព្រិល, អក្សរពុម្ពធំៗ, កាសែតសំឡេង, ឬទំរង់អេឡិកត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលសំណេរណាមួយ ជាទំរង់ដទៃទៀតទាំងនេះ សូមហៅ ឬសរសេរសំបុត្រទៅ៖

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

---

## **របៀបប្តឹងសារទុក្ខ**

បើសិនអ្នកជឿថា Blue Shield of California Promise Health Plan បានខកខានផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយល្មើសច្បាប់ ក្នុងលក្ខណៈណាមួយទៀត ដោយយោងលើ ភេទ, ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, សាសនា, ពូជពង្ស, ដើមកំណើត, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានជោសន្តាន, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភោគ, អត្តសញ្ញាណភិនភោគ, ឬបែបសេពសន្ថវៈ, អ្នកអាចប្តឹងសារទុក្ខជាមួយ អ្នកសំរេចសំរួលសិទ្ធិស៊ីវិល របស់ Blue Shield of California Promise Health Plan។ អ្នកអាចប្តឹងសារទុក្ខ តាមទូរស័ព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយ ផ្ទាល់មុខ ឬជាអេឡិកត្រូនិក៖

- **តាមទូរស័ព្ទ៖** ទាក់ទង អ្នកសំរេចសំរួលសិទ្ធិស៊ីវិល របស់ Blue Shield of California Promise Health Plan ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក - 6 ល្ងាច ថ្ងៃច័ន្ទ – ថ្ងៃសុក្រ ដោយហៅ (844) 883-2233។ ឬ បើសិនអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយមិនបានល្អ សូមហៅ TTY/TDD 711។
- **ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** បំពេញ ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង ឬសរសេរសំបុត្រ និងផ្ញើទៅ៖

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755

- **ដោយផ្ទាល់មុខ៖** ទស្សនាការិយាល័យ នៃវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ Blue Shield of California Promise Health Plan និងថ្លែង ថាអ្នកចង់ប្តឹងសារទុក្ខ។
- **ជាអេឡិកត្រូនិក៖** ទស្សនាគេហទំព័រ របស់ Blue Shield of California Promise Health Plan នៅ [www.blueshieldca.com/promise/medi-cal](http://www.blueshieldca.com/promise/medi-cal)។

---

**ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា។  
(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

អ្នកក៏អាចប្តឹងបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ជាមួយ ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរស័ព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬជាអេឡិកត្រូនិកដែរ៖

- តាមទូរស័ព្ទ៖ ហៅ **916-440-7370**។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬព្រឺបានល្អ សូមហៅ **711 (សេវាទូរគមនាគមន៍បណ្តាក់សារ)**។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញ ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ៖

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

ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង គឺមាននៅ [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)។

- ជាអេឡិកត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)។

---

**ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល – ក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ សហរដ្ឋ (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)**

បើសិនអ្នកជឿថា អ្នកត្រូវបានរើសអើងប្រឆាំង ដោយយោងលើ ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, ដើមកំណើត, អាយុ, ភាពពិការ ឬភេទ, អ្នកក៏អាចប្តឹងបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ជាមួយក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ សហរដ្ឋ ការិយាល័យសំរាប់សិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរស័ព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែរ៖

- តាមទូរស័ព្ទ៖ ហៅ **1-800-368-1019**។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬព្រឺបានល្អ សូមហៅ **TTY /TDD 1-800-537-7697**។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញ ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ៖

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

ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង គឺមាននៅ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>។

ជាអេឡិកត្រូនិក៖ ទស្សនាគេហទំព័រ នៃការិយាល័យសំរាប់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល នៅ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>។