

# សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការប្រតិបត្តិឯកជនភាព

Blue Shield of California Promise Health Plan

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីលោកអ្នកអាចត្រូវបានយកមកប្រើប្រាស់ និង បញ្ចេញ និង ពីរបៀបដែលលោកអ្នកអាចទទួលបានសិទ្ធិប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះបាន។ សូមពិនិត្យមើលវាដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

## ការប្តេជ្ញាចិត្តលើឯកជនភាពរបស់យើង

នៅ Blue Shield of California Promise Health Plan យើងយល់ពីសារៈសំខាន់នៃការរក្សាឯកជនភាពលើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នកហើយយើងប្រកាន់យកកាតព្វកិច្ចយើងដើម្បីធ្វើបែបនេះឲ្យបានម៉ត់ចត់បំផុត។

នៅពេលកំពុងធ្វើកិច្ចការតាមធម្មតាយើងបង្កើតកំណត់ត្រាអំពីលោកអ្នកអំពីការព្យាបាលជំងឺរបស់លោកអ្នក និងអំពីសេវាកម្មដែលយើងផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ ព័ត៌មាននៅក្នុងកំណត់ត្រាទាំងនោះត្រូវបានហៅថា "ព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការពារ" (PHI) និង រួមមានព័ត៌មានដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបុគ្គលរបស់លោកអ្នក ទៀតផង ដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ លេខសន្តិសុខសង្គម ព្រមទាំងព័ត៌មានសុខភាពរបស់លោកអ្នក ដូចជាព័ត៌មានស្តីពីរោគវិនិច្ឆ័យថែទាំសុខភាព ឬ ព័ត៌មានស្តីពីការទាមទារសំណងជាដើម។

យើងត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធក្នុងការផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីកាតព្វកិច្ចរច្បាប់ និង ការប្រតិបត្តិឯកជនភាពរបស់យើងនេះ ដោយសារពួកវាទាក់ទងនឹង PHI របស់លោកអ្នក។ យើងត្រូវបានតម្រូវឲ្យរក្សាឯកជនភាពនៃ PHI របស់លោកអ្នកនិង តម្រូវឲ្យជូនដំណឹងដល់លោកអ្នកនៅក្នុងករណីដែលលោកអ្នករងការប៉ះពាល់ដោយសារការបំពាន PHI ដែលគ្មានសុវត្ថិភាព។ នៅពេលយើងប្រើ ឬ ផ្សព្វផ្សាយ ("បញ្ចេញ") PHI របស់លោកអ្នក យើងជាប់កាតព្វកិច្ចរច្បាប់ទៅនឹងលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដែលអនុវត្តចំពោះគ្រប់កំណត់ត្រាទាំងអស់ ដែលយើងបង្កើត ទទួលបាន និង/ឬ រក្សាទុកដែលមាន PHI របស់លោកអ្នក។

## របៀបដែលយើងការពារឯកជនភាពរបស់លោកអ្នក

យើងរក្សាការការពារតាមរដ្ឋបាល តាមបច្ចេកទេស និង តាមរូបវន្តដើម្បីធានាឲ្យបាននូវឯកជនភាពនៃ PHI របស់លោកអ្នក។ ដើម្បីការពារឯកជនភាពរបស់លោកអ្នក មានតែសមាជិក្រុមការងាររបស់ Blue Shield Promise ដែលទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាត និង ការបណ្តុះបណ្តាលប៉ុណ្ណោះ ទើបត្រូវបានផ្តល់ឲ្យនូវសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់កំណត់ត្រាអេឡិចត្រូនិច និង ជាក្រុមសម្លាមត្រូវបានដាក់ស្លាកសម្គាល់ រក្សាទុក ដាក់តាមលំដាប់ដោយក្នុងថតឯកសារ និង ត្រូវបានចូលទៅប្រើប្រាស់។

សមាជិក្រុមការងារត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលពីប្រធានបទផ្សេងៗ ដែលរួមមាន៖

- នីតិវិធី និង គោលនយោបាយស្តីពីការការពារទិន្នន័យនិងឯកជនភាព ដែលរួមមានរបៀបដែលកំណត់ត្រាអេឡិចត្រូនិច និង ជាក្រុមសម្លាមត្រូវបានដាក់ស្លាកសម្គាល់ រក្សាទុក ដាក់តាមលំដាប់ដោយក្នុងថតឯកសារ និង ត្រូវបានចូលទៅប្រើប្រាស់។
- ការការពារតាមរដ្ឋបាល តាមបច្ចេកទេស និង តាមរូបវន្តដែលមានទុកជាស្រេចដើម្បីរក្សាឯកជនភាព និង សុវត្ថិភាពនៃ PHI របស់លោកអ្នក។

មន្ត្រីឯកជនភាពសាជីវកម្មរបស់យើងត្រួតពិនិត្យតាមដានមើលពីរបៀបដែលយើងអនុវត្តតាមនីតិវិធី និង គោលនយោបាយឯកជនភាពរបស់យើង និង អប់រំស្ថាប័នយើងស្តីពីប្រធានបទដ៏សំខាន់នេះ។

Medi\_21\_144\_LA\_KH\_012022

### ការប្រើ PHI ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីលោកអ្នក

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកដោយមិនចាំបាច់មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីលោកអ្នកបាន ប្រសិនបើចាំបាច់ ខណៈពេលកំពុងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ និង សេវាកម្មសុខភាពជូនដល់លោកអ្នក។ យើងអាច បញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកសម្រាប់គោលបំណងដូចតទៅនេះ៖

#### ការព្យាបាល

- ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានជាមួយនឹងគិលានុបដ្ឋាក គ្រូពេទ្យ ឱសថការី អ្នកឯកទេសពិនិត្យភ្នែកនិង ប្រើឡឯទ្វី អ្នកអប់រំសុខភាព និង អ្នកជំនាញខាង ថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីឲ្យពួកគេអាច កំណត់គម្រោងថែទាំរបស់លោកអ្នកបាន។
- ដើម្បីជួយឲ្យលោកអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម និង ការ ព្យាបាលដែលលោកអ្នកអាចត្រូវការ ឧទាហរណ៍ ដូចជា ការបញ្ជាឲ្យធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ និង ការប្រើលទ្ធផលទាំងនេះជាដើម។
- ដើម្បីសម្របសម្រួលដល់ការថែទាំសុខភាពរបស់ លោកអ្នក និង សេវាកម្មពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងមន្ទីរ ថែទាំសុខភាពឬអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពណាម្នាក់។

#### ការបង់ប្រាក់

- ដើម្បីទទួលបានការបង់ប្រាក់បន្ថែម សម្រាប់ ការធានារ៉ាប់រងរបស់លោក អ្នក។
- ដើម្បីធ្វើការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង ឧទាហរណ៍ ដូចជាដើម្បីនិយាយទៅកាន់អ្នកជំនាញថែទាំ សុខភាពណាម្នាក់ស្តីពីការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ដែលបានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។
- ដើម្បីសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ជាមួយនឹង ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ដែលលោកអ្នកអាច មានឧទាហរណ៍ដូចជាដើម្បីនិយាយទៅកាន់គម្រោង សុខភាព ឬ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ដើម្បី កំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬការធានារ៉ាប់រង របស់លោកអ្នក។
- ដើម្បីទទួលបានការបង់ប្រាក់ពីភាគីទីបី ដែលអាច ទទួលខុសត្រូវលើការបង់ប្រាក់ ដូចជាសមាជិក គ្រួសារណាម្នាក់ជាដើម។
- ក្រៅពីនេះដើម្បីកំណត់និងបំពេញការទទួលខុសត្រូវ របស់យើងក្នុងការផ្តល់ជូននូវអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព របស់លោកអ្នកឧទាហរណ៍ដូចជាដើម្បីចាត់ចែងលើ ការទាមទារសំណងផ្សេងៗ។

#### ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

- ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មអភិវឌ្ឍន៍។
- ដើម្បីគាំទ្រ និង/ឬ កែលម្អកម្មវិធី ឬ សេវាកម្មដែល យើងផ្តល់ជូនលោកអ្នកទាំងនេះ។
- ដើម្បីជួយលោកអ្នកនៅក្នុងការគ្រប់គ្រងសុខភាព របស់លោកអ្នក ឧទាហរណ៍ដូចជា ដើម្បីផ្តល់ជូន លោកអ្នកនូវព័ត៌មានស្តីពីជម្រើសនៃការព្យាបាល ដែលលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬ ដើម្បីផ្តល់ ជូនលោកអ្នកនូវសេវាកម្មថែទាំសុខភាព ឬ សារ ក្រើនរំលឹកពីការព្យាបាល។
- ដើម្បីគាំទ្រគម្រោងសុខភាព ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬ អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែល មានទំនាក់ទំនងជាមួយលោកអ្នក ដើម្បីកែលម្អ កម្មវិធី ដែលផ្តល់ជូនលោកអ្នក ឧទាហរណ៍ ដូចជាសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងករណីឬដើម្បីគាំទ្រដល់ អង្គការថែទាំដែលមានការទទួលខុសត្រូវ (ACO) ឬ ការរៀបចំមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រផ្តោតលើអ្នកជំងឺ។
- សម្រាប់ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង ថ្លៃបង់ប្រាក់សមាជិក ឬ សម្រាប់កំណត់អាត្រាថ្លៃបង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រង ឬ សកម្មភាពផ្សេងទៀត ដែលទាក់ទងនឹងការបង្កើត ការបន្ត ឬ ការជំនួសកិច្ចសន្យាសម្រាប់ការធានា រ៉ាប់រងសុខភាព ឬ ការធានារ៉ាប់រង។ ប៉ុន្តែ សូម កត់សម្គាល់ថា យើងនឹងមិនប្រើ ឬ បញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកដែលជាព័ត៌មានហ្វែនដើម្បីផ្តល់ ការធានារ៉ាប់រងនោះទេ ព្រោះការធ្វើបែបនេះត្រូវ បានហាមឃាត់ដោយច្បាប់សហព័ន្ធ។

យើងក៏អាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកផងដែរ ដោយមិនចាំបាច់មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី លោកអ្នកសម្រាប់គោលបំណងផ្សេង តាមការអនុញ្ញាត ឬ តម្រូវដោយច្បាប់។ ទាំងនេះរួមមាន៖

**ការបញ្ចេញព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកដទៃ ដែលពាក់ព័ន្ធ នឹងការថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នក**

- ប្រសិនបើលោកអ្នកមានវត្តមានក្តី ឬ មិនមាន វត្តមានក្តីដើម្បីណែនាំឲ្យយើងធ្វើដូច្នោះ យើងអាច បញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកទៅកាន់អ្នកដទៃ ឧទាហរណ៍ដូចជាសមាជិកគ្រួសារមិត្តជិតស្និទ្ធឬអ្នក ផ្តល់ការថែទាំរបស់លោកអ្នក។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងស្ថានភាពគ្រោះ បន្ទាន់មិនមានវត្តមានបាត់បង់សមត្ថភាពរស់នៅ តាមធម្មតា ឬ ប្រសិនបើលោកអ្នកស្លាប់ យើងនឹង ប្រើការវិនិច្ឆ័យតាមវិជ្ជាជីវៈរបស់យើង ដើម្បីសម្រេច ថាតើការបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកទៅកាន់ អ្នកដទៃកំពុងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ប្រសើរដុះកដល់ លោកអ្នកឬទេ។ ប្រសិនបើយើងបញ្ចេញ PHI របស់ លោកអ្នកនៅក្នុងស្ថានភាពណាមួយដែលលោកអ្នក មិនមានវត្តមានយើងនឹងបញ្ចេញតែព័ត៌មានដែល ពាក់ព័ន្ធជាមួយទៅនឹងការពាក់ព័ន្ធរបស់ បុគ្គលដែល ពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាលលោកអ្នកឬការបង់ប្រាក់ ដែលទាក់ទងនឹងការព្យាបាលលោកអ្នក។ យើង ក៏អាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកផងដែរ ដើម្បី ជូនដំណឹងដល់ (ឬជួយនៅក្នុងការជូនដំណឹង) បុគ្គល បែបនេះពិនិត្យស្ទង់ ស្ថានភាពសុខភាពទូទៅ ឬ ការស្តាប់របស់លោកអ្នក។
- យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់កូនជាអនិគិជនរបស់ លោកអ្នកទៅកាន់បុគ្គលដែលជាឪពុក ឬ ម្តាយរបស់កូនលោកអ្នក។

**ការបញ្ចេញព័ត៌មានទៅកាន់ក្រុមហ៊ុន និង អង្គការ ទទួលស្គាល់គុណភាពផ្សេងៗ**

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកទៅកាន់៖

- ក្រុមហ៊ុនដែលផ្តល់សេវាកម្មជាក់លាក់មួយចំនួនតាំង នាមឲ្យ Blue Shield Promise។ ឧទាហរណ៍ យើង អាចជួយក្រុមហ៊ុន ដើម្បីជួយឲ្យយើងផ្តល់ព័ត៌មាន និង ការណែនាំទៅកាន់សមាជិកដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែម និង ជំងឺហឺតជាដើម។
- អង្គការទទួលស្គាល់គុណភាពដូចជាគណៈកម្មាធិការ ធានាគុណភាពជាតិ (NCQA, National Committee for Quality Assurance) ជាដើម ដើម្បីវាស់វែងគុណភាព។

សូមកត់សម្គាល់ថា មុនពេលយើងចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក យើងទទួលបានកិច្ចព្រមព្រៀងជា លាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អង្គការទទួលស្គាល់គុណភាព ឬ ក្រុមហ៊ុនដើម្បីការពារឯកជនភាពនៃ PHI របស់លោកអ្នក។

**ការទំនាក់ទំនង**

យើងអាចប្រើប្រាស់ PHI របស់លោកអ្នកដើម្បីទាក់ទង លោកអ្នក ជាមួយនឹងព័ត៌មានពីការធានារ៉ាប់រងលើ គម្រោងសុខភាពលោកអ្នក អត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធី និង សេវាកម្មទាក់ទងនឹងសុខភាព សារក្រើនរំលឹកពី ការព្យាបាល ឬ ជម្រើសនៃការព្យាបាល ដែលមាន សម្រាប់លោកអ្នក។

**ការអង្កេតប្រាក់**

យើងមិនប្រើប្រាស់ PHI របស់លោកអ្នកដើម្បីធ្វើការ រៃអង្កេតប្រាក់នោះទេ។

**សុខភាព ឬ សុវត្ថិភាព**

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកដើម្បីបង្ការ ឬ បន្ថយការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ជិតមកដល់ទៅនឹង សុខភាព ឬ សុវត្ថិភាពរបស់លោកអ្នក ឬ សុខភាព ឬ សុវត្ថិភាពរបស់សាធារណៈជនទូទៅ។

**សកម្មភាពសុខភាពសាធារណៈ**

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកទៅកាន់៖

- រាយការណ៍ពីព័ត៌មានសុខភាពទៅកាន់អាជ្ញាធរ សុខភាពសាធារណៈ ដែលមានការអនុញ្ញាតពីច្បាប់ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបែបនេះក្នុងគោលបំណង ដើម្បីបង្ការ ឬ គ្រប់គ្រងជំងឺ របួស ឬ ពិការភាព ឬ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យតាមដានការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ។
- រាយការណ៍ពីការរំលោភបំពាន ឬ ការធ្វើប្រហែសលើ កុមារ ដែលរួមមានអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ទៅកាន់ អាជ្ញាធររដ្ឋាភិបាល ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតពី ច្បាប់ដើម្បីទទួលយករបាយការណ៍បែបនេះ។
- រាយការណ៍ពីព័ត៌មានស្តីពីជលិតផល ឬ សកម្មភាព ណាមួយដែលគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋបាលអាហារ និងឱសថអាមេរិក (FDA, Food and Drug Administration) ទៅកាន់បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវ លើគុណភាព សុវត្ថិភាព ឬ ប្រសិទ្ធភាពរបស់ ផលិតផល ឬ សកម្មភាពនេះ។
- ជូនដំណឹងដល់បុគ្គលដែលអាចរងការប៉ះពាល់នឹង ជំងឺឆ្លងណាមួយ ប្រសិនបើយើងទទួលបានការ អនុញ្ញាតពីច្បាប់ឲ្យផ្តល់ការជូនដំណឹងបែបនេះ។

**សកម្មភាពត្រួតពិនិត្យមើលសុខភាព**

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកទៅកាន់៖

- ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលទទួលខុសត្រូវតាមផ្លូវច្បាប់លើការត្រួតពិនិត្យមើលប្រព័ន្ធសុខាភិបាល ឬលើការធានាឲ្យបានថាមានការគោរពតាមវិធាននៃកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋាភិបាលដូចជា Medicare ឬ Medicaid ជាដើម។
- កម្មវិធីនិយ័តកម្មផ្សេងទៀត ដែលត្រូវការព័ត៌មានសុខភាពដើម្បីកំណត់ការគោរពច្បាប់។

**ការស្រាវជ្រាវ**

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកសម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវ ប៉ុន្តែទាល់តែអនុលោមតាម ឬតាមការអនុញ្ញាតពីច្បាប់ប៉ុណ្ណោះ។

**ការគោរពតាមច្បាប់**

យើងអាចប្រើ និង បញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកដើម្បីគោរពតាមច្បាប់។

**នីតិវិធីរដ្ឋបាល និង តុលាការ**

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកនៅក្នុងនីតិវិធីរដ្ឋបាល ឬ តុលាការដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងបទបញ្ជាច្បាប់ដែលត្រឹមត្រូវ។

**មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់**

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកទៅកាន់នគរបាល ឬ មន្ត្រីអនុវត្តច្បាប់ផ្សេងទៀត តាមការតម្រូវដោយច្បាប់ ឬ ដើម្បីគោរពតាមបទបញ្ជាពីតុលាការ ឬ ដំណើរការផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតពីច្បាប់។

**មុខងាររដ្ឋាភិបាល**

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកទៅកាន់ផ្នែកផ្សេងៗរបស់រដ្ឋាភិបាល ដូចជា យោធាអាមេរិក ឬ ក្រសួងការបរទេសអាមេរិក តាមការតម្រូវពីច្បាប់។

**សំណងរបស់បុគ្គលិក**

យើងអាចបញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នក នៅពេលចាំបាច់ដើម្បីគោរពតាមច្បាប់ផ្តល់សំណងរបស់បុគ្គលិក។

**ការប្រើ PHI ដែលតម្រូវឲ្យមានការអនុញ្ញាតពីលោកអ្នក**

ក្រៅពីសម្រាប់គោលបំណងដែលរៀបរាប់ខាងលើ យើងត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីលោកអ្នកជាមុនសិន ដើម្បីប្រើ ឬ បញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នក។ ឧទាហរណ៍ យើងនឹងមិនប្រើប្រាស់ PHI របស់លោកអ្នកសម្រាប់គោលបំណងធ្វើទិដ្ឋភាពនោះទេ ប្រសិនបើមិនមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីលោកអ្នកជាមុន ហើយក៏នឹងមិនផ្តល់ PHI របស់លោកអ្នកទៅឲ្យនិយោជកទៅថ្ងៃមុខណាម្នាក់ ដោយមិនមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីលោកអ្នកនោះទេ។

# ការប្រើប្រាស់ និង ការបញ្ចេញ PHI ជាក់លាក់ណាមួយដែលចាត់ទុកថា “ជាការសម្ងាត់ខ្ពស់”

សម្រាប់ប្រភេទ PHI ជាក់លាក់ណាមួយនោះ ច្បាប់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធអាចតម្រូវឱ្យមានការការពារឯកជនភាពខ្ពស់។ ទាំងនេះរួមមាន PHI ដែល៖

- ត្រូវបានរក្សាទុកនៅក្នុងកំណត់ត្រាការព្យាបាល ចិត្តសាស្ត្រ
- និយាយពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀននិងគ្រឿងស្រវឹងការ បង្ការ ការព្យាបាល និង ការបញ្ជូនបន្ត
- និយាយអំពីការធ្វើតេស្តរកមើលជំងឺអេដស៍ ការវិនិច្ឆ័យរោគ ឬ ការព្យាបាល
- និយាយអំពីជំងឺសង្គម និង/ឬ ជំងឺឆ្លង
- និយាយអំពីការធ្វើតេស្តហ្វេរូន

## ការលុបចោលការអនុញ្ញាត

គ្រប់ពេលគឺលោកអ្នកអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតជា លាយលក្ខណ៍អក្សរណាមួយ ដែលលោកអ្នកបានផ្តល់ឱ្យ យើងពីមុន។ នៅពេលដាក់ជូនមកយើងជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរ ការលុបចោលនឹងអនុវត្តចំពោះការប្រើ និង ការ បញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកនាពេលអនាគត។ វានឹង មិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើ ឬ ការបញ្ចេញព័ត៌មាន ដែល បានធ្វើឡើងពីមុននោះទេ ដែលជាខណៈពេលដែល ការអនុញ្ញាតរបស់លោកអ្នកកំពុងមានប្រសិទ្ធភាពនោះ។

យើងគ្រាន់តែអាចបញ្ចេញប្រភេទ PHI ដែលមានការការពារពិសេសបែបនេះបាន ប្រសិនបើមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី លោកអ្នកជាមុន លើកលែងតែមានការអនុញ្ញាត ឬ មានការតម្រូវជាក់លាក់ពីច្បាប់។

## សិទ្ធិបុគ្គលរបស់លោកអ្នក

លោកអ្នកមានសិទ្ធិដូចតទៅនេះ ទាក់ទងនឹង PHI ដែល Blue Shield Promise បង្កើត ទទួលបាន និង/ឬ រក្សាទុកអំពីលោកអ្នក៖

### សិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំការដាក់កំហិតផ្សេងៗ

លោកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងដាក់កំហិតពីរបៀបដែល យើងប្រើ និង បញ្ចេញ PHI របស់លោកអ្នកសម្រាប់ការ ព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ និង ប្រតិបត្តិការសុខាភិបាល តាមការបកស្រាយនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងបាន។ យើងមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យយល់ព្រមទៅនឹងការស្នើសុំ ការដាក់កំហិតរបស់លោកអ្នកនោះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹង ពិចារណាលើពួកវាដោយយកចិត្តទុកដាក់។

ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមទៅនឹងការស្នើសុំការដាក់កំហិត ណាមួយ យើងនឹងគោរពតាមវា រហូតដល់លោកអ្នក ធ្វើការស្នើសុំ ឬ យល់ព្រមលុបចោលការដាក់កំហិត នោះវិញ។ យើងក៏អាចជូនដំណឹងដល់លោកអ្នកថា យើងកំពុងលុបចោលកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់យើងលើ ការដាក់កំហិតណាមួយផងដែរ។ នៅក្នុងករណីនោះ ការលុបចោលនឹងអនុវត្តតែចំពោះ PHI ដែលបាន បង្កើតឬបានទទួលបន្ទាប់ពីយើងបានជូនដំណឹងដល់ លោកអ្នកពីការលុបចោលនេះ។

### សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការទំនាក់ទំនងជាសម្ងាត់

លោកអ្នកអាចស្នើសុំដើម្បីទទួលបានការទំនាក់ទំនង ជាមួយ Blue Shield Promise ដែលមានព័ត៌មាន PHI តាមមធ្យោបាយផ្សេងៗ ឬ តាមទីតាំងផ្សេងៗបាន។ តាមការតម្រូវពីច្បាប់ និង នៅពេលណាដែលអាច ធ្វើទៅបាន យើងនឹងសម្របតាមសំណើរសុំដែលសម ហេតុផល។ យើងអាចតម្រូវឱ្យលោកអ្នកធ្វើការស្នើសុំ របស់លោកអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប្រសិនបើសំណើរ សុំរបស់លោកអ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងកុមារដែលជាអនីតិជន យើងអាចស្នើសុំឱ្យលោកអ្នកផ្តល់ឯកសារតាមផ្លូវច្បាប់ ដើម្បីគាំទ្រសំណើរបស់លោកអ្នក។

### សិទ្ធិក្នុងការប្រើប្រាស់ PHI របស់លោកអ្នក

លោកអ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំដើម្បីពិនិត្យមើល ឬ ដើម្បី ទទួលបានសំណើមួយនៃ PHI ជាក់លាក់ណាមួយ ដែល យើងរក្សាទុកអំពីលោកអ្នកនៅក្នុង “សំណុំកំណត់ត្រា ដែលបានកំណត់ទុក”។ ទាំងនេះរួមមាន ឧទាហរណ៍ ដូចជា កំណត់ត្រានៃការចុះឈ្មោះចូលរួម ការបង់ប្រាក់ ការកាត់សេចក្តីលើការទាមទារសំណង និង ប្រព័ន្ធ



កំណត់ត្រាគ្រប់គ្រងករណី ឬ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និង ព័ត៌មានណាមួយ ដែលយើងបានប្រើដើម្បីធ្វើការ សម្រេចអំពីលោកអ្នក។ សំណើរបស់លោកអ្នកត្រូវ ធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ នៅពេលណាដែលអាច ធ្វើបាន និង តាមការតម្រូវពីច្បាប់ យើងនឹងផ្តល់ជូន លោកអ្នកនូវសំណើមួយនៃ PHI របស់លោកអ្នកជា ទម្រង់មួយ (ជាក្រដាស ឬ តាមអេឡិចត្រូនិច) ដែល លោកអ្នកស្នើសុំ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំសំណើមួយ នៃ PHI របស់លោកអ្នក យើងអាចគិតថ្លៃមួយដែល សមរម្យ និង ផ្អែកលើថ្លៃដើមពីលោកអ្នកសម្រាប់ ការរៀបចំ ការថតចម្លង និង/ឬ ការផ្ញើតាម ប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់លោកអ្នក។ នៅក្នុងកាលៈទេសៈ មានកំណត់ជាក់លាក់ណាមួយដែលមានការអនុញ្ញាតពី ច្បាប់ យើងអាចបដិសេធក្នុងការផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវ សិទ្ធិប្រើប្រាស់ផ្នែកណាមួយនៃកំណត់ត្រារបស់លោកអ្នក។

**សិទ្ធិក្នុងកែប្រែកំណត់ត្រារបស់លោកអ្នក**

លោកអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងកែតម្រូវ ឬ កែប្រែ PHI ដែលយើងរក្សាទុកអំពីលោកអ្នកនៅក្នុងសំណុំកំណត់ត្រា ដែលបានកំណត់ទុក។ សំណើរបស់លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវ ធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និង ពន្យល់ពីមូលហេតុ ដែលលោកអ្នកចង់ឱ្យ PHI របស់លោកអ្នកត្រូវបាន កែប្រែ។ ប្រសិនបើយើងកំណត់ថា PHI នេះមិនត្រឹមត្រូវ ឬ មិនពេញលេញ យើងនឹងកែតម្រូវវា បើមានការ អនុញ្ញាតពីច្បាប់។ ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យណាម្នាក់ ឬ មន្ទីរ ថែទាំសុខភាពណាមួយបានបង្កើត PHI ដែលលោកអ្នក ចង់ផ្លាស់ប្តូរលោកអ្នកគួរស្នើសុំឱ្យពួកគេកែប្រែព័ត៌មាន នេះ។

**សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានរបាយការណ៍មួយនៃការ បញ្ចេញព័ត៌មាន**

នៅពេលលោកអ្នកបានស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយយើងនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវបញ្ជីនៃការបញ្ចេញ ព័ត៌មាន ដែលយើងបានធ្វើលើ PHI របស់លោកអ្នក សម្រាប់រយៈពេលមួយដែលបានកំណត់ រហូតដល់ 6 ឆ្នាំ មកត្រឹមកាលបរិច្ឆេទនៃការស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ ប៉ុន្តែ បញ្ជីនេះនឹងមិនរួមបញ្ចូល៖

- ការបញ្ចេញព័ត៌មានដែលលោកអ្នកបានអនុញ្ញាត។
- ការបញ្ចេញព័ត៌មានដែលយើងបានធ្វើឡើងមុន ពេល 6 ឆ្នាំនៅត្រឹមកាលបរិច្ឆេទនៃការស្នើសុំរបស់ លោកអ្នក។
- ការបញ្ចេញព័ត៌មានដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ គោលបំណងព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ និង ប្រតិបត្តិការសុខាភិបាល លើកលែងតែនៅពេល មានការតម្រូវពីច្បាប់។
- ការបញ្ចេញព័ត៌មានជាក់លាក់ណាមួយផ្សេងទៀត ដែលយើងទទួលបានការអនុញ្ញាតពីច្បាប់ដើម្បីមិន រួមបញ្ចូលក្នុងរបាយការណ៍នេះ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំរបាយការណ៍ណាមួយលើសពី មួយដង នៅអំឡុងរយៈពេល 12 ខែ យើងនឹងគិតថ្លៃមួយ ដែលសមរម្យ និង ផ្អែកលើថ្លៃដើមពីលោកអ្នកសម្រាប់ របាយការណ៍នីមួយៗ បន្ទាប់ពីរបាយការណ៍ទីមួយ។

**សិទ្ធិក្នុងការជ្រើសយកអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន**

លោកអ្នកអាចជ្រើសយកបុគ្គលម្នាក់ទៀតដើម្បីធ្វើជា អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនដល់លោកអ្នក។ អ្នកតំណាងរបស់ លោកអ្នកនឹងទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យមានសិទ្ធិ ប្រើប្រាស់ PHI របស់លោកអ្នក ដើម្បីធ្វើការទំនាក់ទំនង ជាមួយនឹងអ្នកជំនាញ និង មន្ទីរថែទាំសុខភាព ដែល ផ្តល់ការថែទាំដល់លោកអ្នក និង ដើម្បីអនុវត្តសិទ្ធិ HIPAA ទាំងអស់ផ្សេងទៀតតាមនាមឱ្យលោកអ្នក។ ដោយអាស្រ័យលើសិទ្ធិអំណាចដែលលោកអ្នកផ្តល់ជូន អ្នកតំណាងរបស់លោកអ្នក ពួកគេក៏អាចមានសិទ្ធិ អំណាចធ្វើការសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពតាមនាមឱ្យ លោកអ្នកបានផងដែរ។

**សិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសំណៅជាក្រដាសស្នាមនៃ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ**

ពេលលោកអ្នកបានធ្វើការស្នើសុំហើយ យើងនឹងផ្តល់ ជូនលោកអ្នកនូវសំណៅជាក្រដាសស្នាមមួយនៃសេចក្តី ជូនដំណឹងនេះ ទោះបីជាលោកអ្នកបានយល់ព្រម ទទួលយកសេចក្តីជូនដំណឹងនេះតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូ និចក៏ដោយ។ សូមមើលផ្នែក “រយៈពេលនិងអត្ថិភាពនៃ សេចក្តីជូនដំណឹង” នៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

## ចំណាត់ការដែលលោកអ្នកអាចប្រកាន់យក

### ទាក់ទង Blue Shield Promise

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរស្តីពីសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់លោកអ្នក ជឿថាយើងបានរំលោភបំពានសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់លោកអ្នក ឬ មិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើទាក់ទងនឹងសិទ្ធិប្រើប្រាស់ PHI របស់លោកអ្នក លោកអ្នកអាចទាក់ទងយើង៖

#### Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

ទូរស័ព្ទ៖ (888) 266-8080 (ឥតគិតថ្លៃ)  
ខ្សែទូរស័ព្ទពិសេស៖ (855) 296-9086 (ឥតគិតថ្លៃ)  
ទូរសារ៖ (800) 201-9020 (ឥតគិតថ្លៃ)  
អ៊ីមែល៖ [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

សម្រាប់ប្រភេទនៃការស្នើសុំជាក់លាក់ណាមួយ លោកអ្នកត្រូវបំពេញ និង ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍មកយើងនូវពាក្យមួយ ដែលអាចទទួលបានតាមការហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខផ្នែកថែទាំសមាជិក ដែលស្ថិតនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិក Promise Health Plan របស់លោកអ្នក ឬ តាមការចូលទៅកាន់គេហទំព័រដែលមានអាសយដ្ឋាន [blueshieldca.com/bca/bsc/wcm/connect/sites/Sites\\_Content\\_EN/bsp/about-promise/privacy](https://blueshieldca.com/bca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy)។

### ទាក់ទងទិដ្ឋភាពងាររដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ

លោកអ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខភាពនិងសេវាកម្មមនុស្សអាមេរិក (HHS, U.S. Department of Health & Human Services) ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿថា យើងបានរំលោភបំពានសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់លោកអ្នក៖

#### Office for Civil Rights

U.S. Department of Health & Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201

ទូរស័ព្ទ៖ (877) 696-6775  
គេហទំព័រ៖ [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

ប្រសិនបើលោកអ្នកជាអ្នកស្រុករដ្ឋ California លោកអ្នកក៏អាចទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងប្រចាំតំបន់ OCR សម្រាប់រដ្ឋ California៖

#### Region IX Regional Manager

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th St., Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

ទូរស័ព្ទ៖ (800) 368-1019  
ទូរសារ៖ (202) 619-3818  
TTY: (800) 537-7697

# ទាក់ទងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋរបស់រដ្ឋាភិបាល

លោកអ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរទៅកាន់ក្រសួងសុខភាពនិងសេវាកម្មមនុស្សរដ្ឋ California (DHCS, Department of Health Care Services) និង L.A. Care Health Plan។

## DHCS

Privacy Officer  
c/o Office of HIPAA Compliance DHCS  
P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA 95899-7413

ទូរស័ព្ទ៖ (916) 445-4646  
ទូរសារ៖ (916) 440-7680  
គេហទំព័រ៖ <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>

## L.A. Care Health Plan Privacy Office

1055 West 7th Street, 10th Floor  
Los Angeles, CA 90017

ទូរស័ព្ទ៖ (888) 839-9909

យើងនឹងមិនធ្វើការសងសឹកលើលោកអ្នកនោះទេសម្រាប់ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីការប្រតិបត្តិឯកជនភាពរបស់យើង។

## សេចក្តីជូនដំណឹងនៃអត្ថិភាព និង រយៈពេល

### សេចក្តីជូនដំណឹងនៃអត្ថិភាព

សំណើមួយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាចទទួលបានតាមការហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខផ្នែកថែទាំអតិថិជនដែលស្ថិតនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិក Promise Health Plan របស់លោកអ្នក ឬ តាមការចូលទៅកាន់គេហទំព័រដែលមានអាសយដ្ឋាន [blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites\\_Content\\_EN/bsp/about-promise/privacy](http://blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy)។

### សិទ្ធិក្នុងការផ្លាស់ប្តូរលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ

យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យគោរពតាមលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដរាបណាវានៅតែមានប្រសិទ្ធភាព។ យើងអាចផ្លាស់ប្តូរលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះបានគ្រប់ពេល និង ទៅតាមឆន្ទានុសិទ្ធិរបស់យើង យើងអាចធ្វើឱ្យលក្ខខណ្ឌថ្មីមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់គ្រប់PHIទាំងអស់របស់លោកអ្នកដែលស្ថិតក្នុងកម្មសិទ្ធិរបស់យើងដែលរួមមាន PHI ណាមួយដែលយើងបានបង្កើត ឬ បានទទួល មុនពេលយើងបានចេញសេចក្តីជូនដំណឹងថ្មីនេះ។

ប្រសិនបើយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីជូនដំណឹងនេះយើងនឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ហើយប្រសិនបើលោកអ្នកបានចុះឈ្មោះចូលរួមនៅក្នុងកម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយរបស់ Blue Shield Promise នៅពេលនេះ យើងនឹងផ្ញើជូនលោកអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងថ្មី នៅពេលមានការតម្រូវ និង តាមការតម្រូវចាំបាច់។

**កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព៖** សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមានប្រសិទ្ធភាពត្រឹម 1/1/2022

សម្រាប់ជំនួយ និងធនធានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រដែលមានអាសយដ្ឋាន [blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical)។ លោកអ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមលេខ (800) 605-2556 (TTY: 711) នៅរៀងរាល់ថ្ងៃធ្វើការ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 យប់។ គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan មានកិច្ចសន្យាជាមួយនិងគម្រោង L.A. Care Health Plan ដើម្បីផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មថែទាំមានការគ្រប់គ្រង Medi-Cal នៅក្នុងខោនធី Los Angeles។



## NONDISCRIMINATION NOTICE

---

Discrimination is against the law. Blue Shield of California Promise Health Plan follows State and Federal civil rights laws. Blue Shield of California Promise Health Plan does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Blue Shield of California Promise Health Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - ✓ Qualified sign language interpreters
  - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - ✓ Qualified interpreters
  - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact Blue Shield of California Promise Health Plan between 8 a.m. – 6 p.m., Monday through Friday. Call Customer Care in your region:

**(800) 605-2556 (Los Angeles)**

**(855) 699-5557 (San Diego)**

If you cannot hear or speak well, please call **TTY:711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

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

---

## **HOW TO FILE A GRIEVANCE**

If you believe that Blue Shield of California Promise Health Plan has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator between 8 a.m. - 6 p.m., Monday – Friday by calling (844) 883-2233. Or, if you cannot hear or speak well, please call TYY/TDD 711.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:  
  
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755
- **In person:** Visit your doctor's office or Blue Shield of California Promise Health Plan and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Blue Shield of California Promise Health Plan's website at [www.blueshieldca.com/promise/medi-cal](http://www.blueshieldca.com/promise/medi-cal).

---

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Electronically: Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- 

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## Language Assistance Notice

### English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-605-2556 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-605-2556 (TTY: 711). These services are free of charge.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուժեղ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រីល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意: 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电 1-800-605-2556 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务, 例如文盲和需要较大字体阅读, 也是方便取用的。请致电 1-800-605-2556 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

### مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

Medi\_21\_58\_LA\_04292021  
MU\_0004142\_ENG1\_0321

## हिन्दी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

## Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-605-2556 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-605-2556 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は1-800-605-2556 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-605-2556 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະ ມິໂຕລິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-605-2556 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-605-2556 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੇਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## Русский слоган (Russian)



**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТТ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТТ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

**ATENCIÓN:** Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

**PAUNAWA:** Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

**โปรดทราบ:** หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

**УВАГА!** Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-605-2556 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-605-2556 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.