

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Дискриминация запрещена законом. Partnership HealthPlan of California (PHC) следует законам штата и федеральному законодательству в отношении гражданских прав. PHC не дискриминирует, не исключает и не относится к людям по-разному в зависимости от их пола, расы, цвета кожи, религиозной конфессии, происхождения, национальности, этнической самоидентификации, возраста, уровня интеллектуального развития, инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера и гендерной идентичности, а также сексуальной ориентации.

PHC гарантирует:

- Бесплатную помощь людям с нарушениями, затрудняющими вербальную коммуникацию, в том числе:
 - ✓ квалифицированный сурдоперевод;
 - ✓ отправку информации в альтернативных форматах (крупным шрифтом, в виде аудиофайлов, в электронном формате и т. д.);
- Бесплатные языковые услуги для людей, чьим основным языком не является английский, в том числе:
 - ✓ квалифицированный устный перевод;
 - ✓ отправку информации на других языках.

Если вы нуждаетесь в таких услугах, свяжитесь с PHC с 8 а.м. до 5 р.м. по телефону

(800) 863-4155. Если у вас есть проблемы со слухом или говорением, позвоните на номер (800) 735-2929 или в Калифорнийскую службу коммутируемых сообщений на номер 711. По вашему запросу этот документ может быть предоставлен вам набранным шрифтом Брайля или крупным шрифтом, в виде аудиокассеты или электронного файла. Чтобы получить копию документа в альтернативном формате, позвоните или напишите нам по адресу:

Partnership HealthPlan of California

4665 Business Center Drive, Fairfield, CA 94534

(800) 863-4155

(800) 735-2929 или Калифорнийская служба коммутируемых сообщений 711

КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ

Если вы считаете, что PHC не предоставил вам эти услуги или незаконно дискриминировал вас на основании ваших пола, расы, цвета кожи, религиозной конфессии, происхождения, национальности, этнической самоидентификации, возраста, уровня интеллектуального развития, инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной

идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать жалобу Координатору РНС по гражданским правам. Отправить жалобу можно по телефону, лично, письменно или в электронном виде.

- По телефону: свяжитесь с Отделом обслуживания участников РНС с 8 а.м. до 5 р.м. по номеру (800) 863-4155. Если у вас есть проблемы со слухом или говорением, позвоните на номер (800) 735-2929 или в Калифорнийскую службу коммутируемых сообщений на номер 711.
- Письменно: заполните форму или напишите письмо и отправьте его по адресу:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Grievance: PHC Civil Rights Coordinator
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
- Лично: посетите вашего врача или РНС и скажите, что хотите подать жалобу.
- В электронном виде: посетите веб-сайт РНС по адресу <https://partnershiphp.org>.

УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ – КАЛИФОРНИЙСКИЙ ДЕПАРТАМЕНТ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вы также можете подать жалобу в связи с нарушением гражданских прав в Калифорнийский департамент здравоохранения по телефону, письменно или в электронном виде:

- По телефону: позвоните на номер **916-440-7370**. Если у вас есть проблемы со слухом или говорением, позвоните в Калифорнийскую службу коммутируемых сообщений на номер **711**.
- Письменно: заполните форму или напишите письмо и отправьте его по адресу:

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

Формы для жалоб доступны по адресу
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- В электронном виде: отправьте электронное письмо на адрес CivilRights@dhcs.ca.gov.

**УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ – МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ США**

Если вы считаете, что отношении вас была совершена дискриминация на основании ваших расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США по телефону, письменно или в электронном виде:

- По телефону: позвоните на номер **1-800-368-1019**. Если у вас есть проблемы со слухом или говорением, позвоните в службу коммутируемых сообщений на номер **1-800-537-7697**.
- Письменно: заполните форму или напишите письмо и отправьте его по адресу:

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

Формы для подачи жалоб доступны на веб-сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- В электронном виде: посетите портал Управления по гражданским правам для подачи жалоб: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.