

ABISO TUNGKOL SA HINDI PAGDIDISKRIMINA

Ang diskriminasyon ay labag sa batas. Sinusunod ng Partnership HealthPlan of California ang mga Pederal na batas sa mga karapatang sibil. Ang Partnership HealthPlan of California ay hindi nagdidiskrimina, nagpupuwera ng mga tao o tinatrato sila nang naiiba dahil sa lahi, kulay ng balat, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian.

Ang Partnership HealthPlan of California ay nagkakaloob ng:

- Mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan upang tulungan silang makipag-usap nang mas maayos tulad ng:
 - ✓ Mga kwalipikadong tagapagsalin ng sign language
 - ✓ Nakasulat na impormasyon sa iba pang mga format (malalaking letra, audio, madaling makuhang elektronikong format, iba pang mga format)
- Libreng mga serbisyo sa wika sa mga tao na ang kanilang pangunahing wika ay hindi Ingles, tulad ng:
 - ✓ Mga kwalipikadong tagapagsalin
 - ✓ Impormasyon na nakasulat sa iba pang mga wika

Kung kailangan ninyo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa Partnership HealthPlan of California sa pagitan ng 8 a.m. – 5 p.m. sa pamamagitan ng pagtawag sa (800) 863-4155. O kung hindi kayo nakakarinig o nakapagsasalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa (TTY (800) 735-2929) o 711.

ABISO TUNGKOL SA HINDI PAGDIDISKRIMINA

PAANO MAGHAIN NG KARAINGAN

Kung naniniwala kayong nabigo ang Partnership HealthPlan of California na ipagkaloob ang mga serbisyong ito o nadiskrimina kayo sa iba pang paraan dahil sa lahi, kulay ng balat, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian, maaari kayong maghain ng karaingan sa Partnership HealthPlan of California. Maaari kayong maghain ng karaingan sa telepono, sa pamamagitan ng sulat, nang personal, o sa elektronikong paraan:

- Sa telepono: Makipag-ugnayan sa Partnership HealthPlan of California sa pagitan ng 8 a.m. – 5 p.m. sa pamamagitan ng pagtawag sa (800) 863-4155. O kung hindi kayo nakakarinig o nakapagsasalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa (800) 735-2929 o 711.
- Sa sulat: Sagutan ang isang form ng reklamo o sumulat sa:

Partnership HealthPlan of California ATTN: Grievance 4665 Business Center Drive Fairfield, CA 94534	O	Partnership HealthPlan of California ATTN: Grievance 3688 Avtech Parkway Redding, CA 96002
--	---	---
- Personal: Bisitahin ang opisina ng inyong doktor o ang Partnership HealthPlan of California at sabihin na gusto ninyong maghain ng karaingan.
- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang website ng Partnership HealthPlan of California sa www.partnershiphp.org

OPISINA PARA SA MGA KARAPATANG SIBIL

Maaari din kayong maghain ng reklamo kaugnay sa mga karapatang sibil sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa telepono, sa pamamagitan ng sulat, o sa elektronikong paraan:

- Sa telepono: Tumawag sa **(800) 368-1019**. Kung hindi kayo nakapagsasalita o nakakarinig nang mabuti, mangyaring tumawag sa **TTY/TDD (800) 537-7697**.
- Sa sulat: Sagutan ang form ng reklamo o magpadala ng sulat sa:
**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**
May makukuhang mga form ng reklamo sa <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang Office for Civil Rights Complaint Portal sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.