



센트럴 헬스 메디케어 플랜

차별 금지 통지문

센트럴 헬스 메디케어 플랜(CHMP)은 관련 연방법 및 주법을 준수하며 인종, 피부색, 국적, 나이, 정신적 또는 신체적 장애, 성별(45 CFR § 92.101(a)(2)에 설명된 성 차별의 범위와 일치), 종교, 혈통, 민족 집단 신분, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향에 따라 차별하거나 배제하지 않습니다.

장애인들이 당사와 효과적으로 의사 소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다. 자격을 갖춘 수화 통역사. 및 다른 형식으로 된 서면 정보(큰 활자, 오디오, 장애인을 위한 전자 형식, 기타 형식). 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다: 자격을 갖춘 통역사. 및 다른 언어로 작성된 정보.

이러한 서비스가 필요하시면 1-866-314-2427(TTY: 711)로 CHMP에 문의하세요. 저희 회원 서비스 팀은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시 - 오후 8시(PST), 원하는 언어로 도움을 드립니다.

불만 사항을 제기하는 방법

Central Health Medicare Plan이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나. 위에서 확인된 불법적인 근거로 사용자를 차별했다고 판단되는 경우 전화, 팩스, 이메일 또는 우편을 통해 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

Central Health Medicare Plan, ATTN: Medicare Appeals & Grievances
PO BOX 22816
Long Beach, CA 90801-5816
전화: 1-866-314-2427 (TTY: 711) **팩스:** 1-626-388-2361
이메일: memberservices@centralhealthplan.com

민권 사무소 - CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

캘리포니아 보건 서비스 부서에 전화, 서면 또는 전자적으로 민권 불만을 제기할 수 있습니다:

- **전화:** 916-440-7370으로 전화주세요. 만약 말을 잘 못 하거나 잘 들을 수 없다면, 711번으로 전화하십시오.
- **서면:** 불만 양식을 작성하거나 편지를 보내십시오:

Department of Health Care Services—Office of Civil Rights
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
불만 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
전자적으로: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일 보내주십시오.

민권 사무소 - U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS)

인종, 피부색, 국적, 성별, 나이 또는 장애에 따라 차별을 받았다고 생각되는 경우, HHS, 시민권 사무소에 전화, 서면 또는 전자적으로 민권 불만을 제기할 수 있습니다:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington D.C. 20201
전화: 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697
전자적으로: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,
불만 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 구할 수 있습니다.