

សេចក្តីជូនដំណឹងការមិនរើសអើង

ការរើសអើង គឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ L.A. Care Health Plan ប្រព្រឹត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិល នៃរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ L.A. Care Health Plan មិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់, បដិសេធមនុស្ស, ឬប្រព្រឹត្តទៅលើពួកគេខុសៗគ្នា ដោយសារតែភេទ, ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, សាសនា, ពូជពង្ស, ដើមកំណើត, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានផ្ទះសំណាក់, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភាគ, អត្តសញ្ញាណភិនភាគ, ឬបែបសេពសន្ថវៈ ឡើយ។

L.A. Care Health Plan ផ្តល់៖

- ជំនួយ និងសេវាឥតគិតថ្លៃ សំរាប់មនុស្សដែលពិការ ដើម្បីជួយគេប្រាស្រ័យទាក់ទង ឲ្យបានល្អប្រសើរ ដូចជា៖
 - ✓ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាមានលក្ខណសម្បត្តិ
 - ✓ ព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំៗ, សំឡេង, ទំរង់អេឡិកត្រូនិក ដែលអាចយកបាន, ទំរង់ផ្សេងទៀត)
- សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ សំរាប់មនុស្សដែលភាសាបឋមរបស់គេ មិនមែនអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - ✓ អ្នកបកប្រែមានលក្ខណសម្បត្តិ
 - ✓ ព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជាភាសាផ្សេងទៀត

បើសិនអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ ទាក់ទង L.A. Care Health Plan បាន 24 ម៉ោង មួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ មួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃ បុណ្យផង ដោយហៅ **1-833-522-3767**។ បើសិនអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយមិនបានល្អ សូមហៅ **TTY 711**។ ឯកសារនេះអាចផ្តល់ជូនអ្នក តាមសំណូមពរ ជាអក្សរព្រិល, អក្សរពុម្ពធំៗ, កាសែតសំឡេង, ឬ ទំរង់អេឡិកត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលសំណើណាមួយ ជាទំរង់ដទៃទៀតទាំងនេះ សូមហៅ ឬសរសេរសំបុត្រទៅ៖

L.A. Care Health Plan
 Member Services Department
 1055 West 7th Street, 10th Floor
 Los Angeles, CA 90017
 1-833-522-3767 TTY: 711

LA3972 KH 0722

របៀបប្តឹងសារទុក្ខសិទ្ធិស៊ីវិល

បើសិនអ្នកជឿថា L.A. Care Health Plan បានខកខានផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយល្មើសច្បាប់ ក្នុងលក្ខណៈណាមួយទៀត ដោយយោងលើ ភេទ, ជាតិសាសន៍, ពណ៌សំបុរ, សាសនា, ពូជពង្ស, ដើមកំណើត, អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ, អាយុ, ភាពពិការផ្លូវចិត្ត, ភាពពិការផ្លូវកាយ, លក្ខណៈសុខភាព, ព័ត៌មានផ្ទះសំណាក់, ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍, ភិនភាគ, អត្តសញ្ញាណភិនភាគ, ឬបែបសេសសន្ធិៈ, អ្នកអាចប្តឹងសារទុក្ខជាមួយ មន្ត្រីអគ្គប្រតិបត្តិ L.A. Care Health Plan។ អ្នកអាចប្តឹងសារទុក្ខសិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរស័ព្ទ, ជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរ, ដោយផ្ទាល់មុខ, ឬជាអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមទូរស័ព្ទ៖** ទាក់ទង មន្ត្រីអគ្គប្រតិបត្តិ L.A. Care Health Plan បាន 24 ម៉ោង មួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ មួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង ដោយហៅ **1-833-522-3767**។ ឬបើសិនអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយមិនបានល្អ សូមហៅ **TTY 711**។
- **ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** បំពេញ ទម្រង់បំពេញបណ្តឹង ឬសរសេរសំបុត្រ និងផ្ញើវាទៅ៖

L.A. Care Health Plan
Chief Compliance Officer
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

អ៊ីមែល៖ civilrightscoordinator@lacare.org

- **ដោយផ្ទាល់មុខ៖** ទស្សនាការិយាល័យ នៃវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ L.A. Care Health Plan និងថ្លែងថាអ្នកចង់ប្តឹងសារទុក្ខសិទ្ធិស៊ីវិល។
- **ជាអេឡិចត្រូនិក៖** ទស្សនាគេហទំព័ររបស់ L.A. Care Health Plan នៅ www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form ឬ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ civilrightscoordinator@lacare.org។

ការិយាល័យនៃសិទ្ធិស៊ីវិល – ក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ សហរដ្ឋ

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

- តាមទូរស័ព្ទ៖ ហៅ **1-800-368-1019**។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬស្តាប់ឮបានល្អ 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៖ ទស្សនាច្រកគេហទំព័រ នៃការិយាល័យសំរាប់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល នៅ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) គឺជាគំរោងសុខភាពមួយ ដែលមានកិច្ចសន្យា ជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ នៃកម្មវិធីទាំងពីរមុខ សំរាប់អ្នកចុះឈ្មោះ។ ការចុះឈ្មោះ ក្នុង L.A. Care Medicare Plus អាស្រ័យលើកិច្ចសន្យាជាថ្មី។