

ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Дискриминация является нарушением закона. План L.A. Care Health Plan соблюдает федеральное законодательство и законы штата в части гражданских прав.

L.A. Care Health Plan не допускает противозаконной дискриминации, не отказывает в предоставлении услуг и не относится к людям предвзято на основании их пола, расы, цвета кожи, вероисповедания, происхождения, национальной или этнической принадлежности, возраста, психической либо физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

L.A. Care Health Plan предоставляет:

- Лицам с инвалидностью следующие бесплатные услуги и средства обеспечения эффективного взаимодействия:
 - ✓ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - ✓ письменную информацию в других форматах (крупным шрифтом, в аудиоформате, доступных электронных форматах, других форматах).
- Бесплатные языковые услуги людям, не владеющим английским языком, например:
 - ✓ услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - ✓ печатные материалы на других языках.

Если Вам необходимо воспользоваться такими услугами, звоните в план L.A. Care Health Plan по телефону **1-833-522-3767**. Звонки принимаются круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Если Вы плохо слышите или не можете говорить, позвоните на линию **TTY: 711**. По запросу Вы можете получить копию данного документа, напечатанную шрифтом Брайля, большим шрифтом, на аудиокассете или в электронном виде. Чтобы получить копию в одном из данных альтернативных форматов, звоните или пишите:

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

КАК ПОДАТЬ ПРЕТЕНЗИЮ О НАРУШЕНИИ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ

Если Вы считаете, что план L.A. Care Health Plan не выполняет обязательства по предоставлению данных услуг или в нарушение закона допускает дискриминацию каким-либо другим образом по признаку пола, расы, цвета кожи, вероисповедания, происхождения, национальной или этнической принадлежности, возраста, психической либо физической инвалидности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендерной принадлежности, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, Вы можете подать претензию на имя специалиста по вопросам соблюдения установленных норм L.A. Care Health Plan. Вы можете подать претензию о нарушении гражданских прав по телефону, в письменной форме, лично или электронным способом.

- По телефону. Звоните специалисту по вопросам соблюдения установленных норм плана L.A. Care Health Plan по телефону **1-833-522-3767**. Звонки принимаются круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Если Вы плохо слышите или не можете говорить, позвоните на линию **TTY 711**.
- В письменной форме. Заполните форму для подачи жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу:

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

Адрес электронной почты: civilrightscoordinator@lacare.org

- Лично. Посетите офис Вашего врача или план L.A. Care Health Plan и сообщите, что Вы хотите подать претензию о нарушении гражданских прав.
- В электронной форме. Посетите веб-сайт плана L.A. Care Health Plan по адресу www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form

или отправьте письмо на адрес эл. почты: civilrightscoordinator@lacare.org.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ США, УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола или ограниченных возможностей, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- По телефону. Звоните по телефону **1-800-368-1019**. Если Вы плохо слышите или не можете говорить, позвоните на линию **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- В письменной форме. Заполните форму для подачи жалобы и отправьте письмо 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 можно найти по ссылке
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- В электронной форме. Посетите портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

План L.A. Care Medicare Plus (Health Maintenance Organization Dual Special Needs Plan, HMO D-SNP) — это двойной план для людей с ограниченными возможностями страховой медицинской организации, заключивший договор с программами Medicare и Medi-Cal с целью предоставления участникам льгот по обеим программам. Регистрация в плане L.A. Care Medicare Plus зависит от срока продления контракта.