

## 비차별 고지문

---

차별은 법률에 위반됩니다. L.A. Care Health Plan은 주정부 및 연방 민권법을 준수합니다. L.A. Care Health Plan은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 그룹 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 상태, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 이유로 불법적으로 차별하거나, 배제하거나 다르게 대우를 하지 않습니다.

L.A. Care Health Plan은 다음 사항을 제공합니다.

- 장애가 있는 분들이 의사소통을 더 잘 할 수 있도록 다음과 같은 지원 및 서비스 무료 제공:
  - ✓ 자격을 갖춘 수화 통역사
  - ✓ 다른 형식으로 작성된 자료 제공(대형 활자, 음성, 이용 가능한 전자 포맷, 기타 형식)
- 영어를 주로 사용하지 않는 사람을 위해 다음과 같은 무료 언어 서비스 제공:
  - ✓ 자격을 갖춘 통역사
  - ✓ 영어 이외의 언어로 작성된 자료

이러한 서비스가 필요한 경우, L.A. Care Health Plan에 **1-833-522-3767**번으로 공휴일을 포함해 주 7일, 하루 24시간 동안 연락하십시오. 귀하가 말하거나 듣는 것이 어려운 경우, **TTY 711**번으로 전화하십시오. 요청 시, 본 문서는 점자, 대형 활자 인쇄본, 오디오카세트 또는 전자문서 양식으로 귀하에게 제공될 수 있습니다. 대체 형식 중 하나로 사본을 받으시려면 다음으로 전화 또는 서신을 보내십시오.

L.A. Care Health Plan  
Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

1-833-522-3767 TTY: 711

---

## 민권 이의제기 방법

L.A. Care Health Plan 에서 이러한 서비스를 제공하지 않거나 그 밖에 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 그룹 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 상태, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향에 근거한 다른 방식의 불법적 차별이 있다고 생각하는 경우, 귀하는 L.A. Care Health Plan 의 Chief Compliance Officer 에게 이의제기를 하실 수 있습니다. 귀하는 전화, 서면, 직접 방문, 또는 온라인으로 민권 이의제기를 하실 수 있습니다.

- 전화: L.A. Care Health Plan 의 Chief Compliance Officer 에게 **1-833-522-3767** 번으로 공휴일을 포함해 주 7 일, 하루 24 시간 동안 연락하십시오. 또는 귀하가 말하거나 듣는 것이 어려운 경우 **TTY 711** 번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만제기 양식을 작성하거나 서신을 작성해 다음 주소로 보내십시오.

L.A. Care Health Plan  
Chief Compliance Officer  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

이메일: [civilrightscoordinator@lacare.org](mailto:civilrightscoordinator@lacare.org)

- 직접 방문: 귀하의 의사의 진료소 또는 L.A. Care Health Plan 에 방문해 귀하가 민권 이의 제기를 접수하고자 한다고 말씀하십시오.

- 온라인: L.A. Care Health Plan 웹사이트 [www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form](http://www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form) 을 방문하거나

[civilrightscoordinator@lacare.org](mailto:civilrightscoordinator@lacare.org) 로 이메일을 보내십시오.

---

## 민권실 - 미국 보건 사회복지부

귀하가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 여부 또는 성별에 근거해 차별받았다고 생각하는 경우 미국 보건 사회복지부 민권실에 전화, 서면 또는 온라인으로 불만제기를 하실 수 있습니다.

- 전화: **1-800-368-1019** 번으로 전화하십시오. 귀하가 말하거나 듣는 것이 어려운 경우 **TTY/TDD 1-800-537-7697** 번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만제기 양식을 작성하신 후 아래 주소로 송부하십시오.

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

불만제기 양식은 <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html> 에서 이용할 수 있습니다.

- 온라인: 민권실 불만제기 포털 웹사이트 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 를 방문하십시오

L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) 는 Medicare 및 Medi-Cal 과 계약을 맺어 두 프로그램의 혜택을 가입자들에게 제공하는 건강 플랜입니다. L.A. Care Medicare Plus 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.