

反歧视声明

歧视是违法行为。L.A. Care Health Plan 遵守州政府和联邦政府民权法。L.A. Care Health Plan 不会因为生理性别、种族、肤色、宗教、祖籍、原国籍、族裔身分、年龄、心智障碍、肢体残障、病症、基因信息、婚姻状态、社会性别、性别认同或性向而非法歧视他人、将人排除在外或对人有所差别待遇。

L.A. Care Health Plan:

- 为残障人士提供免费且及时的辅助和服务，以协助他们有效地与我们沟通，例如：
 - ✓ 合格的手语翻译员
 - ✓ 其他格式的书面信息（大字版、语音版、无障碍电子格式、其他格式）
- 为非以英语为母语的人士提供免费且及时的语言服务，例如：
 - ✓ 合格的口译员
 - ✓ 以其他语言撰写的信息

如果您需要上述服务，请致电 **1-833-522-3767** 与 L.A. Care Health Plan 联系，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包含假日）。如果您有听力或语言障碍，请致电 **TTY 711**。我们可应要求为您提供本文件的盲文版、大字版、录音带或电子格式。如欲获取一份上述替代格式的文件，请致电或写信至：

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

1-833-522-3767 TTY: 711

如何提出申诉

如果您认为 L.A. Care Health Plan 未能提供上述服务，或者基于生理性别、种族、肤色、宗教、祖籍、原国籍、族裔身分、年龄、心智障碍、肢体残障、病症、基因信息、婚姻状态、社会性别、性别认同或性向等理由而通过其他方式非法歧视他人，您可向 L.A. Care Health Plan 合规主任提出申诉。您可通过电话、书面方式、本人亲自递交或在线提交的方式提出申诉：

- 通过电话：请致电 **1-833-522-3767** 与 L.A. Care Health Plan 合规主任联系，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时（包含假日）。或者，如果您有听力或语言障碍，请致电 **TTY 711**。
- 通过书面方式：请填写投诉申请表或写信并寄送至：

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

电子邮件： civilrightscordinator@lacare.org

- 本人亲自递交：请造访您医生的诊所或 L.A. Care Health Plan 并表示您想提出申诉。
- 在线：请浏览 L.A. Care Health Plan 网站
www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form
或寄送电子邮件至 civilrightscordinator@lacare.org

民权办公室 – 美国卫生及公共服务部

如果您认为自己基于种族、肤色、原国籍、年龄、残障或生理性别等理由而遭到歧视，您也可通过电话、书面方式或在线提交的方式向美国卫生及公共服务部 (Department of Health and Human Services) 的民权办公室提出民权投诉：

- 通过电话：请致电 **1-800-368-1019**。如果您有语言或听力障碍，请致电 **TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- 通过书面方式：请填写投诉申请表或寄信至：

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

您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 网站找到投诉申请表。

- 在线：请浏览民权办公室投诉入口网站，网址是 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) 是与 Medicare 及 Medi-Cal 均签有合约的健康计划，同时为参保者提供此两项计划的福利。参保 L.A. Care Medicare Plus 需视合约续约情况而定。

H1224_2025_DSNP_NDN_C_CHS