

反歧視聲明

歧視是違法行為 L.A. Care Health Plan 遵守州政府和聯邦政府民權法
L.A. Care Health Plan 不會因為生理性別、種族、膚色、宗教、祖籍、原國籍、族裔身分、年齡、心智障礙、肢體殘障、病症、基因資訊、婚姻狀態、社會性別、性別認同或性向而非法歧視他人、將人排除在外或對人有差別待遇。

L.A. Care Health Plan：

- 為殘障人士提供免費且及時的輔助和服務，以協助他們有效地與我們溝通，例如：
 - ✓ 合格的手語翻譯員
 - ✓ 其他格式的書面資訊（大字版、語音版、可存取的電子格式、其他格式）
- 為非以英語為母語的人士提供免費且及時的語言服務，例如：
 - ✓ 合格的口譯員
 - ✓ 以其他語言撰寫的資訊

如果您需要上述服務，請致電 **1-833-522-3767** 與 L.A. Care Health Plan 聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。如果您有聽力或語言障礙，請致電 **TTY 711**。我們可應要求為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音帶或電子格式。如欲取得一份上述替代格式的文件，請致電或寫信至：

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

1-833-522-3767
TTY: 711

如何提出申訴

如果您認為 L.A. Care Health Plan 未能提供上述服務，或者基於生理性別、種族、膚色、宗教、祖籍、原國籍、族裔身分、年齡、心智障礙、肢體殘障、病症、基因資訊、婚姻狀態、社會性別、性別認同或性向等理由而透過其他方式非法歧視他人，您可向 L.A. Care Health Plan 合規主任提出申訴。您可透過電話、書面方式、本人親自遞交或在線上提出申訴：

- 透過電話：請致電 **1-833-522-3767** 與 L.A. Care Health Plan 合規主任聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。或者，如果您有聽力或語言障礙，請致電 **TTY 711**。
- 透過書面方式：請填寫投訴申請表或寫信並寄送至：

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

電子郵件：civilrightscoordinator@lacare.org

- 本人親自遞交：請造訪您醫生的診所或 L.A. Care Health Plan 並表示您想提出申訴。
- 線上：請瀏覽 L.A. Care Health Plan 網站 www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form

或寄送電子郵件至 civilrightscoordinator@lacare.org

民權辦公室 - 美國衛生及公共服務部

如果您認為自己基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或生理性別等理由而遭到歧視，您也可透過電話、書面方式或在線上向美國衛生及公共服務部 (Department of Health and Human Services) 的民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：請致電 **1-800-368-1019**。如果您有語言或聽力障礙，請致電 **TTY/TDD 1-800-537-7697**
- 透過書面方式：請填寫投訴申請表或寄信至：

**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> 網站找到投訴申請表。

- 線上：請瀏覽民權辦公室投訴入口網站，網址是 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) 是與 Medicare 及 Medi-Cal 均簽有合約的健康計劃，同時為參保者提供此兩項計劃的福利。參保 L.A. Care Medicare Plus 需視合約續約情況而定。

H1224_2025_DSNP_NDN_C_CH