



اظهاریه عدم تبعیض برای نشریات مهم و ارتباطات مهم که به اندازه درشت هستند:

L.A. Care Health Plan از قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه پیروی می کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. L.A. Care Health Plan اشخاص را بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت محروم نکرده و با آنها به صورت متفاوت برخورد نمی کند.

L.A. Care Health Plan:

- امداد و خدمات رایگان را در اختیار اشخاص معلول قرار می دهد تا به طور مؤثر با ما ارتباط برقرار کنند، از جمله موارد زیر:
 - o مترجمین شفاهی مجرب زبان اشاره
 - o اطلاعات کتبی به سایر فرمت ها (چاپ درشت، صوتی، فرمت های قابل دسترسی الکترونیک، سایر فرمت ها)
- خدمات رایگان زبانی را در اختیار اشخاصی قرار می دهد که زبان مادری آنها انگلیسی نیست، از جمله:
 - o مترجمین شفاهی مجرب
 - o اطلاعات کتبی به سایر زبان ها

اگر به این خدمات نیاز دارید، با بخش خدمات اعضای ما به شماره **1-888-522-1298** (TTY: 711) تماس بگیرید.

اگر فکر می کنید که L.A. Care Health Plan در ارائه این خدمات قصور کرده یا به روش دیگری بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل شده است، می توانید نارضایتی/شکایت را به هماهنگ کننده حقوق مدنی L.A. Care Health Plan تسلیم کنید. شما برای تسلیم نارضایتی/شکایت دو گزینه دارید:

می توانید نارضایتی/شکایت را توسط تماس با:

بخش خدمات اعضا به شماره **1-888-522-1298** (TTY: 711) گزارش کنید.

یا می توانید آنرا به نشانی زیر ارسال دارید:

Civil Rights Coordinator
c/o Compliance Department
L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
ایمیل: civilrightscordinator@lacare.org

می توانید نارضایتی/شکایت را شخصاً یا توسط پست، تلفن یا ایمیل تسلیم کنید. اگر در تسلیم نارضایتی/شکایت به کمک و راهنمایی نیاز دارید، هماهنگ کننده حقوق مدنی از طریق بخش خدمات اعضا آماده ارائه کمک و راهنمایی می باشد. می توانید شکایت مربوط به حقوق مدنی را به وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا، دفتر حقوق مدنی از طریق پورتال دفتر شکایت حقوق مدنی که در <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> موجود است یا توسط پست یا تلفن به این نشانی نیز تسلیم کنید:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

فرم های شکایت در <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود می باشند.