禁止歧视通知

歧视是违法行为。Blue Shield of California遵守州和联邦民权法规定。Blue Shield of California不会因为生理性别、种族、肤色、宗教、血统、原国籍、族群认同、年龄、心理残障、身体残障、医疗病况、遗传信息、婚姻状况、社会性别、性别认同或性取向而非法歧视、排除或区别对待任何人。

Blue Shield of California会：

- 及时为残障人士提供免费协助和服务，帮助他们更好地交流沟通，例如：
  - 合格手语译员
  - 其他格式的书面信息（大字版、音频、无障碍电子格式、其他格式）
- 为主要语言不是英语的人士及时提供语言服务，例如：
  - 合格口译员
  - 以其他语言书写的信息
- 如果您需要这些服务，请于*每周七天，上午8点至晚上8点*联系*Blue Shield of California*，具体方式为拨打

1-800-452-4413。如果您有听力或语言障碍，请拨打*TTY：711*。提出要求时，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、录音带或电子格式。如需获取以上其中一种替代格式的副本，请致电或写信：

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

1-800-452-4413（TTY：711）

如何提出申诉

如果您认为Blue Shield of California基于生理性别、种族、肤色、宗教、血统、原国籍、族群认同、年龄、心理残障、身体残障、医疗病况、遗传信息、婚姻状况、社会性别、性别认同或性取向而未提供这些服务或以其他方式进行非法歧视，您可以向Blue Shield of California的民权协调员提出申诉。您可以通过致电、写信、亲自提交或电子方式提出申诉：

- 致电：请拨打1-800-776-4466联系Blue Shield of California的民权协调员，服务时间为每周七天，上午8点至晚上8点。或者，如果您有听力或语言障碍，请拨打TTY：711。
- 写信：请填写投诉表或写信并寄至：

Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator, Medicare Appeals & Grievance,

P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91367，或发送电子邮件至Appeal&GrievanceResol@blueshieldca.com。

- 亲自提交：请前往您医生的诊所或Blue Shield of California，表示您希望提出申诉。
- 电子方式：请访问Blue Shield of California的网站：blueshieldca.com。

民权办公室 – 加州卫生保健服务部

您也可以通过致电、写信或电子方式向加州卫生保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 致电：请拨打1-916-440-7370。如果您有语言或听力障碍，请拨打711（电信中转服务）。
- 写信：请填写投诉表或寄信至：

Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services
Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413

投诉表格可在以下网址获取：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 电子方式：请发送电子邮件至CivilRights@dhcs.ca.gov。

民权办公室 – 美国卫生与公共服务部

如果您认为自己因种族、肤色、原国籍、年龄、残障或性别而遭到歧视，您也可以通过致电、写信或电子方式向美国卫生与公共服务部民权办公室提出民权投诉：

- 致电：请拨打1-800-368-1019。如果您有语言或听力障碍，请拨打 TTY/TDD 1-800-537-7697。
- 写信：请填写投诉表或寄信至：

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

投诉表格可在以下网址获取：http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html。

- 电子方式：请访问民权办公室投诉门户网站：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf。