សេចក្ដីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

ការរើសអើងគឺផ្ទុយនឹងច្បាប់។ គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (“Health Plan”) អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan គ្មានការរើសអើងដោយខុសច្បាប់ ដកចេញ ឬប្រព្រឹត្តលើពួកគេខុសៗគ្នាដោយសារភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើត ការកំណត់ក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬនិន្នាការផ្លូវភេទឡើយ។

គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan ផ្ដល់ជូន៖

- ជំនួយ និងសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាដល់ជនមានពិការភាព ដើម្បីជួយឱ្យពួកគេមានការប្រាស្រ័យទាក់ទងកាន់តែប្រសើរឡើង ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ជាភាសាសញ្ញាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (បោះពុម្ពជាអក្សរធំៗ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចប្រើបាន ទម្រង់ផ្សេងទៀត)
- សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាសម្រាប់អ្នកដែលមានភាសាចម្បងមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងទៅគម្រោង Health Plan ចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក - 5:00 ល្ងាច តាមរយៈលេខទូរសព្ទ **1-888-936-7526**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្ដាប់បាន ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ TTY 711។ ពេលស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចផ្ដល់ជូនអ្នកជាអក្សរស្ទាប អក្សរពុម្ពធំ កាសែតសំឡេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចប្រើបាន។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយជាទម្រង់ផ្សេងទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖

គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231
1-888-936-7526, TTY 711

របៀបដាក់ពាក្យបណ្ដឹងសាទុក្ខ

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាគម្រោងសុខភាព Health Plan មិនបានផ្ដល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬមានការរើសអើងដោយខុសច្បាប់តាមរបៀបណាមួយផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើត អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬនិន្នាការផ្លូវភេទ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្ដឹងសាទុក្ខទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Health Plan អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្ដឹងសាទុក្ខតាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក៖

- <u>តាមទូរសព្ទ៖</u> ទាក់ទងមករៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក - 5:00 ល្ងាច ដោយទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-936-7526**។ ឬប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្ដាប់បាន ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ TTY 711។
- <u>ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖</u> បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្ដឹង ឬសរសេរសំបុត្រ ហើយផ្ញើវាទៅ៖

  គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
  Attn: Grievance and Appeals Department
  7751 S. Manthey Road, French Camp, CA 95231

  តាមទូរសារ៖ 1-209-942-6355
- <u>ដោយផ្ទាល់៖</u> ទៅកាន់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬគម្រោងថែសុខភាព Health Plan ហើយនិយាយថាអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្ដឹងសាទុក្ខ។

- ប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់គម្រោងថែសុខភាព Health Plan តាមរយៈ: www.hpsj-mvhp.org។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល - ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋ CALIFORNIA

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល តាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-916-440-7370**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អទេ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តទូរគមនាគមន៍)។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ៖

  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

  ទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងគឺមាននៅលើ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx។

- ប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ CivilRights@dhcs.ca.gov។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល - ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាម៉េរិក

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទ
អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាម៉េរិកតាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-368-1019**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមហៅទូរសព្ទទៅ **TTY/TDD 1-800-537-7697**។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ៖

  ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាកម្មមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាម៉េរិក
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹងគឺមាននៅលើ http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html។

- តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ ចូលទៅការិយាល័យផតថលពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈ: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf