



ENGLISH - ATTENTION: If you need help in your language call **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). These services are free of charge.

العربية (ARABIC) - يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (ARMENIAN) - Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (CAMBODIAN) - ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (CHINESE - SIMPLIFIED) - 请注意:如果您需要以您的母语提供帮助,请致电 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务,例如文盲和需要较大字体阅读,也是方便取用的。请致电 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (CHINESE - TRADITIONAL) - 請注意:如果您需要以您的母語提供幫助,請致電 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**)。另外還提供針對殘障人士的說明和服務,例如盲文和需要較大字體閱讀,也是方便取用的。請致電 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**)。這些服務都是免費的。

فارسی (FARSI) - توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (HINDI) - ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

HMOOB (HMONG) - CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (JAPANESE) - 注意日本語での対応が必要な場合は **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。**1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (KOREAN) - 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (LAO) - ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນ ບຸນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

MIEN (MIEN) - LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlao mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (PUNJABI) - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) | ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) | ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ |

РУССКИЙ (RUSSIAN) - ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1(415) 547-7800** (линия TTY: **1(415) 547-7830**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1(415) 547-7800** (линия TTY: **1(415) 547-7830**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

ESPAÑOL (SPANISH) - ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG (TAGALOG-FILIPINO) - ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (THAI) - โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) นอกจากนี้ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์ และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

УКРАЇНСЬКОЮ (UKRAINIAN) - УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Ці послуги безкоштовні.

TIẾNG VIỆT (VIETNAMESE) - CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). Các dịch vụ này đều miễn phí.



NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. San Francisco Health Plan (SFHP) follows Federal civil rights laws. SFHP does not discriminate, exclude people, or treat them differently because of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

SFHP provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact SFHP Customer Service between 8:30am and 5:30pm, Monday through Friday, by calling **1(415) 547-7800** or **1(800) 288-5555** (toll-free). Or, if you cannot hear or speak well, please call TDD/TTY **1(415) 547-7800** or **1(888) 883-7347** (toll-free).

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that SFHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability, you can file a grievance with SFHP. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- By phone: Contact SFHP between 8:30am and 5:30pm, Monday through Friday, by calling **1(415) 547-7800** or **1(800) 288-5555** (toll-free). Or, if you cannot hear or speak well, please call TDD/TTY **1(415) 547-7830** or **1(888) 883-7347** (toll-free).
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- In person: Visit your doctor's office or SFHP's Service Center and say you want to file a grievance.
SFHP's Service Center is located at 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- Electronically: Visit SFHP's website at **sfhp.org**.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1(800) 368-1019**. If you cannot hear or speak well, please call TDD/TTY **1(800) 537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Complaint forms are available at **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.
- Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La ley prohíbe la discriminación. San Francisco Health Plan (SFHP) sigue las leyes federales de Derechos Civiles. SFHP no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

SFHP ofrece:

- Servicios y asistencia gratuita para personas con discapacidades para ayudarlos a que se comuniquen mejor, como:
 - intérpretes calificados para lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese a Servicio al Cliente de SFHP 8:30am – 5:30pm, de lunes a viernes, llamando al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). O, si no puede hablar o escuchar bien, llame al TDD/TTY **1(415) 547-7800** o al **1(888) 883-7347** (llamada gratuita).

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Si considera que SFHP no cumplió con proporcionar estos servicios o cometió discriminación de alguna otra forma, con base a la raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja ante SFHP. Puede presentar un reclamo por teléfono, por escrito, en persona o por vía electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese a SFHP entre las 8:30am y las 5:30pm, de lunes a viernes, llamando al **1(415) 547-7800** o al **1(800) 288-5555** (llamada gratuita). O, si no puede escuchar o hablar bien, llame al TDD/TTY **1(415) 547-7830** o **1(888) 883-7347** (llamada gratuita).
- Por escrito: Llene el formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a:
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- En persona: Visite el consultorio de su médico o el Centro de Servicio de SFHP e indique que desea presentar un reclamo. El Centro de Servicio de SFHP se encuentra en 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- Electrónicamente: Visite el sitio web de SFHP, en **sfhp.org**.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES

Si considera que ha sido discriminado en base a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1(800) 368-1019**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al, TDD/TTY **1(800) 537-7697**.
- Por escrito: Llene el formulario de reclamo o envíe una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Hay formularios de reclamo disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.
- Electrónicamente: Visite la el Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.



不歧視通知

歧視有悖於法律。San Francisco Health Plan (SFHP) 遵守《聯邦民權法》。SFHP 不因種族、膚色、國籍、血統、宗教信仰、性、婚姻狀況、性別、性別認同、性取向、年齡或者殘障情況而排斥或區別對待任何人。

SFHP 提供：

- 免費援助和服務給殘障人士，以幫助他們更好地溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 免費語言服務給主要語言不是英語的人士，例如：
 - 合格的口譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

若您需要這些服務，請聯絡 SFHP Customer Service，時間為 週一至週五 8:30am – 5:30pm，電話號碼為 **1(415)547-7800** 或 **1(800)288-5555**（免費電話）。或者，如果您聽不清或說不好，請撥打 TDD/TTY **1(415)547-7800** 或 **1(888) 883-7347**（免費電話）。

如何提出申訴

如果您認為 SFHP 未能提供這些服務或基於種族、膚色、國籍、血統、宗教信仰、性、婚姻狀況、性別、性別認同、性取向、年齡或者殘障情況歧視您，您可以向 SFHP 提出申訴。您可以透過電話、書面形式、親自前往或電子方式提起申訴：

- 透過電話：聯絡 SFHP，時間為週一至週五 8:30am – 5:30pm，撥打 **1(415) 547-7800** 或 **1(800) 288-5555**（免費電話）。或者，如果您聽不清 或說不好，請撥打 TDD/TTY **1(415) 547-7830** 或 **1(888) 883-7347**（免費電話）。
- 透過寫信：填寫一份投訴表或寫一封信，並寄至：
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- 親自前往：前往醫生辦公室或 SFHP 的服務中心，表示您想提起申訴。
SFHP 的服務中心位於 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104。
- 電子方式：造訪 SFHP 的網站：sfhp.org。

OFFICE OF CIVIL RIGHTS

如果您認為您因種族、膚色、國籍、年齡、殘障或性別而受到歧視，您也可以透過電話、以書面形式或電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services 民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：致電 **1(800) 368-1019**。如果您說不好或聽不清，請致電 TDD/TTY **1(800) 537-7697**。
- 透過寫信：填寫投訴表或寫信至：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
投訴表可詳見 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 電子方式：造訪 Office for Civil Rights 投訴入口網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp luật. San Francisco Health Plan (SFHP) tuân thủ các luật dân quyền của Liên bang. SFHP không phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử khác biệt với mọi người dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới, thiên hướng tình dục, tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật.

SFHP cung cấp:

- Trợ giúp và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
 - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in cỡ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người không sử dụng tiếng Anh làm ngôn ngữ chính, như:
 - Thông dịch viên đủ năng lực
 - Thông tin văn bản bằng các thứ tiếng khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên lạc với Bộ phận Dịch vụ Khách hàng SFHP từ 8:30am – 5:30pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu, bằng cách gọi **1(415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555** (miễn phí). Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, thì vui lòng gọi số TDD/TTY **1(415) 547-7800** hoặc **1(888) 883-7347** (miễn phí).

CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu tin rằng SFHP đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới, thiên hướng tình dục, tuổi tác hoặc tình trạng khuyết tật, quý vị có thể khiếu nại với SFHP. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại, bằng văn bản, đến trực tiếp hoặc bằng phương thức điện tử:

- Qua điện thoại: Liên lạc với SFHP từ 8:30 sáng – 5:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu, bằng cách gọi **1(415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555** (miễn phí). Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, thì vui lòng gọi số TDD/TTY **1(415) 547-7830** hoặc **1(888) 883-7347** (miễn phí).
- Bằng cách viết thư: Điền mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- Đến trực tiếp: Đến phòng khám của bác sĩ hoặc Trung tâm Dịch vụ của SFHP và nói rằng quý vị muốn khiếu nại.
Trung tâm Dịch vụ của SFHP tọa lạc tại 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- Qua phương thức điện tử: Truy cập trang web của SFHP tại **sfhp.org**.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN

Nếu quý vị tin là mình đã bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với U.S. Department of Health and Human Services, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, bằng văn bản hoặc phương thức điện tử:

- Qua điện thoại: Hãy gọi **1(800) 368-1019**. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TDD/TTY **1(800) 537-7697**.
- Bằng cách viết thư: Điền mẫu đơn khiếu nại hoặc gửi thư đến:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.
- Qua phương thức điện tử: Truy cập Cổng thông tin Khiếu nại của Văn phòng Dân Quyền tại **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.



УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУСТИМОСТИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Дискриминация является нарушением закона. План San Francisco Health Plan (SFHP) соблюдает федеральное законодательство о защите гражданских прав. SFHP не допускает дискриминацию, не лишает обслуживания и не меняет своего отношения к людям по причине их расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, происхождения, религии, пола, семейного статуса, гендерной принадлежности, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста или инвалидности.

SFHP предоставляет:

- бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для облегчения им процесса коммуникации, такие как:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков,
 - письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудиоформат, доступные электронные и другие форматы);
- бесплатные языковые услуги для лиц, чьим родным языком не является английский, включая:
 - услуги квалифицированных устных переводчиков,
 - письменная информация, изложенная на других языках.

Если вам необходимы данные услуги, свяжитесь с Отделом обслуживания участников SFHP по телефону с 8:30am до 5:30pm по будням по номеру **1(415) 547-7800** или **1(800) 288-5555** (звонок бесплатный). Если вы страдаете нарушениями слуха или речи, звоните на линию TDD/TTY по номеру **1(415) 547-7800** или **1(888) 883-7347** (звонок бесплатный).

КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ

Если вы полагаете, что SFHP не предоставил вам услуги или что со стороны компании имела место иная форма дискриминации на основании вашей расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, происхождения, религии, пола, семейного статуса, гендерной принадлежности, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста или инвалидности, вы можете подать жалобу в SFHP. Вы можете направить претензию по телефону, в письменном, в электронном виде или лично:

- по телефону: свяжитесь с SFHP с 8:30am до 5:30pm по будням по номеру **1(415) 547-7800** или **1(800) 288-5555** (звонок бесплатный). Если вы страдаете нарушениями слуха или речи, звоните на линию TDD/TTY по номеру **1(415) 547-7830** или **1(888) 883-7347** (звонок бесплатный);
- в письменной форме: заполните форму жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- лично: обратитесь в офис вашего врача или в Центр обслуживания SFHP's и сообщите о желании подать жалобу. Центр обслуживания SFHP расположен по адресу 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- в электронном виде: посетите сайт SFHP по адресу **sfhp.org**.

УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ

Если Вы считаете, что в отношении Вас была совершена дискриминация на основании Вашей расы, цвета кожи, национальности, возраста, физических недостатков или пола, Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США по телефону, письменно или в электронном виде:

- по телефону: звоните по номеру **1(800) 368-1019**. Если вы страдаете нарушениями слуха или речи, звоните на линию TDD/TTY по номеру **1(800) 537-7697**.
- В письменной форме: заполните форму жалобы или отправьте письмо по адресу
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Формы жалоб можно найти в Интернете по адресу **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.
- в электронном виде: зайдите на портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.



PAUNAWA TUNGKOL SA KAWALAN NG DISKRIMINASYON

Ang diskriminasyon ay labag sa batas. Sinusunod ng San Francisco Health Plan (SFHP) ang mga Pederal na batas sa mga karapatang sibil. Ang SFHP ay hindi nandidiskrimina, nang-iitsapuwera ng mga tao, o nantatratado sa kanila nang magkakaiba nang dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, ninuno, relihiyon, sex, katayuan sa kasal, gender, kinikilalang kasarian, sekswal na oryentasyon, edad, o kapansanan.

Nagbibigay ang SFHP ng:

- Mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan upang tulungan silang makipag-usap sa amin nang mabuti, tulad ng:
 - Mga kwalipikadong tagapagsalin ng sign language
 - Nakasulat na impormasyon sa iba pang mga format (malalaking letra, audio, madaling makuhang elektronikong format, iba pang mga format)
- Libreng mga serbisyo sa wika sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, tulad ng:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Kung kailangan ninyo ang mga serbisyong ito, tawagan ang SFHP Customer Service sa pagitan ng 8:30am – 5:30pm, Lunes hanggang Biyernes, sa pamamagitan ng pagtawag sa **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** (toll-free). O kung hindi kayo nakakarinig o nakapagsasalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa TDD/TTY **1(415) 547-7800** o **1(888) 883-7347** (toll-free).

PAANO MAGSASAMPA NG KARAINGAN

Kung naniniwala kang hindi naibigay ng SFHP ang mga serbisyong ito o nandidiskrimina ito sa iba pang paraan nang batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, ninuno, relihiyon, sex, katayuan sa kasal, gender, kinikilalang kasarian, sekswal na oryentasyon, edad, o kapansanan, maaari kang magsampa ng karaingan sa SFHP. Maaari kayong magsampa ng karaingan sa pamamagitan ng telepono, ng sulat, nang personal, o sa elektronikong paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Kontakin ang SFHP sa pagitan ng 8:30am – 5:30pm, Lunes hanggang Biyernes, sa pamamagitan ng pagtawag sa **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** (toll-free). O kung hindi kayo nakakarinig o nakapagsasalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa TDD/TTY **1(415) 547-7830** o **1(888) 883-7347** (toll-free).
- Sa pamamagitan ng sulat: Sagutan ang isang form ng reklamo o sumulat at ipadala ito sa:
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- Nang personal: Bisitahin ang opisina ng inyong doktor o ang SFHP Service Center at sabihin na gusto ninyong magsampa ng karaingan. Ang SFHP Service Center ay matatagpuan sa 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang website ng SFHP sa sfhp.org.

OPISINA PARA SA MGA KARAPATANG SIBIL

Kung naniniwala kayong nakaranas kayo ng diskriminasyon dahil sa lahi, kulay ng balat, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian maaari din kayong magsampa ng reklamo kaugnay ng mga karapatang sibil sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa pamamagitan ng telepono, sulat, o elektronikong paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa **1(800) 368-1019**. Kung hindi kayo nakapagsasalita o nakakarinig nang mabuti, mangyaring tumawag sa TDD/TTY **1(800) 537-7697**.
- Sa pamamagitan ng sulat: Sagutan ang isang form ng reklamo o magpadala ng sulat sa:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Makikita ang mga form ng reklamo sa <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang Office for Civil Rights Complaint Portal sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.