



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 بريلا والخط الكبير. اتصل بـ **1(415) 547-7800** (TTY: **1(415) 547-7830**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (ARMENIAN) - Ուժեղ 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: **Զանգահարեք 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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ 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**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ ຈ່າຍໃດໆ.

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 hlou 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**) | ਅਪਹਜ 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**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง 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 State and Federal civil rights laws. SFHP does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

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). If you cannot hear or speak well, please call TTY **1(415) 547-7800** or **1(888) 883-7347** (toll-free). Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

1(800) 288-5555, TTY **1(888) 883-7347**,
California Relay Service **711**

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that SFHP has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, 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 – 5:30pm, Monday through Friday, by calling **1(415) 547-7800** or **1(800) 288-5555** (toll-free). If you cannot hear or speak well, please call 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 – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1(916) 440-7370**. If you cannot hear or speak well, please call **711** (California Relay Service).
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:
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
Complaint forms are available at
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Electronically: Send an email to
CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

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 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 discriminación está prohibida por ley. San Francisco Health Plan (SFHP) sigue las leyes federales y estatales de derechos civiles. SFHP no discrimina ilegalmente, excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido al sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

SFHP ofrece:

- Ayuda gratuita y servicios a las personas con discapacidades para comunicarse mejor con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de 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). Si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY **1(415) 547-7800** o al **1(888) 883-7347** (llamada gratuita). Previa solicitud, este documento puede estar disponible para usted en Braille, en letra grande, en cinta o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

1(800) 288-5555, TTY **1(888) 883-7347**,
California Relay Service **711**

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si considera que SFHP no le ha ofrecido estos servicios o lo ha discriminado de otra forma según el sexo, la raza, el color, la religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar un reclamo ante el coordinador de reclamos de SFHP. Usted puede presentar una queja por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: puede comunicarse con 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). Si no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY **1(415) 547-7800** o al **1(888) 883-7347** (llamada gratuita).

- Por escrito: llene un 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 al consultorio de su médico o el Centro de Servicios de SFHP y diga que desea presentar una queja. El Centro de Servicio de SFHP está ubicado en 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- Por vía electrónica: Visite el sitio web de SFHP en **sfhp.org**.

**OFICINA DE DERECHOS CIVILES –
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

Usted también puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del California Department of Health Care Services por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: llame al **1(916) 440-7370**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al **711** (California Relay Service).
- Por escrito: llene un formulario de reclamo o envíe una carta a:
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
Los formularios de quejas están disponibles en **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
- Por vía electrónica: envíe un correo electrónico a **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

**OFICINA DE DERECHOS CIVILES – U.S. DEPARTMENT
OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

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 no puede escuchar o hablar bien, llame al TTY **1(800) 537-7697**.
- Por escrito: llene un 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
Los formularios de reclamos están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.
- Por vía electrónica: Visite el portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.



無歧視聲明

歧視屬於違法行為。San Francisco Health Plan (SFHP) 遵守州和聯邦民權法律。SFHP 不因性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族群認同、年齡、精神殘障、身體殘障、疾病、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性傾向而非法歧視、排斥或區別對待他人。

SFHP 提供：

- 為殘障人士提供免費援助和服務，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、易懂的電子格式、其他格式）
- 為主要語言不是英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格的口譯員
 - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請於週一至週五的 8:30am – 5:30pm 聯絡 SFHP 客戶服務部，電話 **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 TTY **1(415) 547-7800** 或 **1(888) 883-7347**（免費電話）。我們可以根據您的請求，以盲文、大號字體、錄音帶或電子表格的形式向您提供此文件。要想獲得其中一種格式的文件副本，請打電話或寫信至：

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

1(800) 288-5555, TTY 1(888) 883-7347,
加州電話中繼服務：**711**

如何提出申訴

若您認為 SFHP 未能提供這些服務，或者因性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族群認同、年齡、精神殘障、身體殘障、疾病、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性傾向而以其他方式進行歧視，您可以向 SFHP 提出申訴。您可以透過電話、以書面形式、親自前往或電子方式提起申訴：

- 透過電話：請於週一至週五的 8:30am – 5:30pm 聯絡 SFHP 客戶服務部，電話 **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 TTY **1(415) 547-7800** 或 **1(888) 883-7347**（免費電話）。

- 以書面形式：填寫一份投訴表單或寫一封信，並寄送至：

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

- 親自提出：前往您的醫生辦公室或 SFHP 服務中心，表示您想提出申訴。SFHP 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**。

民權辦公室 – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE 服務

您還可透過電話、書面形式或電子方式向 California Department of Health Care Services 的民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：致電 **1(916) 440-7370** 如果您聽不清或說不好，請撥打 **711**（加州電話中繼服務）。
- 以書面形式：填寫一份投訴表單或寄信至：
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
可造訪 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 獲取投訴表。
- 電子方式：送出電郵至 **CivilRights@dhcs.ca.gov**。

民權辦公室 – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

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 TTY **1(800) 537-7697**。
- 以書面形式：填寫一份投訴表單或寄信至：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
可造訪 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 獲取投訴表。
- 以電子方式：造訪民權辦公室投訴入口網站 <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 Tiểu bang và Liên bang. SFHP không phân biệt đối xử, từ chối hoặc đối xử khác biệt với mọi người dựa vào giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, sắc tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật thể chất hoặc tâm thần, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận diện giới tính hoặc xu hướng tình dục.

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 văn bản ở các định dạng khác (chữ in cỡ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để tiếp cận, 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 ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy gọi cho Dịch vụ Khách hàng SFHP từ 8:30 sáng – 5:30 chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu, theo số **1(415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555** (miễn phí). Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi TTY **1(415) 547-7800** hoặc **1(888) 883-7347** (miễn phí). Theo yêu cầu, có thể cung cấp tài liệu này cho quý vị dưới dạng chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn và âm thanh hoặc dạng điện tử. Để có bản sao theo các định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc viết thư tới:

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

1(800) 288-5555

TTY **1(888) 883-7347**

California Relay Service **711**

CÁCH KHIẾU NẠI

Nếu tin rằng SFHP đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử bất hợp pháp theo một cách khác dựa trên cơ sở giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, sắc tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật thể chất hoặc tâm thần, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận diện giới tính hoặc xu hướng tình dục, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với SFHP. Quý vị có thể khiếu nại qua điện thoại, bằng văn bản, đến trực tiếp hoặc bằng phương thức điện tử:

- Điện thoại: Gọi cho SFHP từ 8:30am – 5:30pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu theo số **1(415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555** (miễn phí). Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi TTY **1(415) 547-7800** hoặc **1(888) 883-7347** (miễn phí).

- Bằng văn bản: Điền mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư rồi gửi đến:
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- Đến trực tiếp: Đến phòng mạch của bác sĩ hoặc Trung tâm Dịch vụ SFHP và cho biết rằng quý vị muốn nộp đơn khiếu nại. Trung tâm Dịch vụ SFHP tọa lạc tại 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- Bằng phương thức điện tử: Truy cập trang web của SFHP tại **sfhp.org**.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

Quý vị cũng có thể khiếu nại về dân quyền với California Department of Health Care Services, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng phương thức điện tử:

- Bằng điện thoại: Gọi **1(916) 440-7370**. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi **711** (California Relay Service).
- Bằng văn bản: Điền mẫu đơn khiếu nại hoặc gửi thư đến:
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
Mẫu khiếu nại có sẵn tại **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
- Bằng phương thức điện tử: Gửi email đến **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

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:

- Bằng điện thoại: Gọi **1(800) 368-1019**. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi số TTY **1(800) 537-7697**.
- Bằng văn bản: 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>**.
- Bằng phương thức điện tử: Truy cập vào 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. San Francisco Health Plan (SFHP) соблюдает законы штата и федеральное законодательство в области гражданских прав. SFHP не дискриминирует, не исключает и не относится к людям по-разному на основании пола, расы, цвета кожи, религиозной конфессии, происхождения, национальности, этнической самоидентификации, возраста, умственных способностей, физических недостатков, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

SFHP предоставляет:

- Бесплатную помощь людям с нарушениями, затрудняющими коммуникацию, в том числе:
 - квалифицированный сурдоперевод;
 - предоставление информации в альтернативных форматах (крупным шрифтом, в виде аудиофайла, в электронном и других форматах);
- бесплатные языковые услуги для лиц, чьим родным языком не является английский, в том числе:
 - услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - предоставление информации на других языках.

Если Вам необходимы такие услуги, свяжитесь с отделом обслуживания участников SFHP с 8:30am до 5:30pm с понедельника по пятницу по номеру **1(415) 547-7800** или **1(800) 288-5555** (бесплатно). Если у Вас имеются нарушения слуха или речи, звоните в службу коммутируемых сообщений по номеру **1(415) 547-7800** или **1(888) 883-7347** (бесплатно). По Вашему запросу этот документ может быть предоставлен Вам набранным шрифтом Брайля или крупным шрифтом, в виде аудиокассеты или электронного файла. Чтобы получить копию документа в альтернативном формате, позвоните или напишите нам по адресу:

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

1(800) 288-5555

TTY **1(888) 883-7347**

California Relay Service **711**

КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ

Если Вы считаете, что SFHP не предоставил вам эти услуги или незаконно дискриминировал Вас на основании пола, расы, цвета кожи, религиозной конфессии, происхождения, национальности, этнической самоидентификации, возраста, умственных способностей, физических недостатков, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, 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 с понедельника по пятницу по номеру **1(415) 547-7800** или **1(800) 288-5555** (бесплатно). Если у Вас имеются нарушения слуха или речи, позвоните в службу коммутируемых сообщений на номер **1(415) 547-7800** или **1(888) 883-7347** (бесплатно).
- В письменной форме: заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу:
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- Лично: посетите кабинет Вашего врача или отдел обслуживания SFHP и сообщите, что хотели бы подать жалобу. Отдел обслуживания SFHP находится по адресу: 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- Онлайн: посетите веб-сайт SFHP по адресу **sfhp.org**.

УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ – КАЛИФОРНИЙСКИЙ ДЕПАРТАМЕНТ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вы также можете подать жалобу в связи с нарушением гражданских прав в Калифорнийский департамент здравоохранения по телефону, письменно или в электронном виде:

- По телефону: звоните на номер **1(916) 440-7370**. Если у Вас имеются нарушения слуха или речи, звоните на номер **711** (Калифорнийская служба коммутируемых сообщений).
- В письменной форме: заполните бланк жалобы или отправьте письмо по адресу:
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
Формы для подачи жалоб доступны на веб-сайте **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
- В электронном виде: отправьте письмо на адрес **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

УПРАВЛЕНИЕ ПО ГРАЖДАНСКИМ ПРАВАМ – МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ США

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 на номер **1(800) 368-1019**. Если у Вас имеются нарушения слуха или речи, позвоните в службу коммутируемых сообщений на номер **1(800) 537-7697**.
- В письменной форме: заполните бланк 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 для подачи жалоб доступны на веб-сайте **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.
- В электронном виде: посетите портал Управления по гражданским правам для подачи жалоб: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.



ABISO 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 nandiskrimina nang labag sa batas, nagsasantabi ng mga tao, o kaya naman ay nag-iiba ng pakikitungo sa kanila nang dahil sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, lipi, pinanggalingang bansa, kinikilalang pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa katawan, kondisyong medikal, genetic na impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, gender, kinikilalang gender, o sekswal na oryentasyon.

Nagbibigay ang SFHP ng:

- Mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan upang tulungan silang makipag-usap nang mas mabuti, tulad ng:
 - Mga kwalipikadong tagapagsalin ng sign language
 - Nakasulat na impormasyon sa iba pang format (malalaking letra, audio, accessible na elektronikong format, iba pang format)
- Mga libreng serbisyo sa wika sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, tulad ng:
 - Mga kwalipikadong tagapagsalin
 - Impormasyong nakasulat sa iba pang wik

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, tawagan ang SFHP Customer Service sa pagitan ng 8:30am at 5:30pm, Lunes hanggang Biyernes, sa pamamagitan ng pagtawag sa **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** (toll-free). Kung hindi ka nakakarinig o nakapagsasalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa TTY **1(415) 547-7800** o **1(888) 883-7347** (toll-free). Kapag hiniling, maaaring gawing available ang dokumentong ito sa braille, malaking letra, audiocassette, o elektronikong anyo. Upang makakuha ng isang kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa:

San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

1(800) 288-5555, TTY **1(888) 883-7347**,
California Relay Service **711**

PAANO MAGHAIN NG KARAINGAN

Kung naniniwala kang hindi naibigay ng SFHP ang mga serbisyong ito, o nandiskrimina ito nang labag sa batas sa ibang paraan batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, lipi, pinanggalingang bansa, kinikilalang pangkat etniko,

edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa katawan, kondisyong medikal, genetic na impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, gender, kinikilalang gender, o sekswal na oryentasyon, maaari kang maghain ng karaingan sa SFHP. Maaari kang maghain ng karaingan sa pamamagitan ng telepono, ng sulat, nang personal, o sa elektronikong paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Makipag-ugnayan sa 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). Kung hindi ka nakakarinig o nakapagsasalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa TTY **1(415) 547-7830** o **1(888) 883-7347** (toll-free).
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form para sa reklamo o sumulat ng liham at ipadala ito sa:
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- Sa personal: Bisitahin ang tanggapan ng iyong doktor o ang Sentro ng Serbisyo ng SFHP at sabihing gusto mong maghain ng karaingan. Ang Service Center SFHP ay makikita sa 7 Spring Street, San Francisco, CA 94104.
- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang website ng SFHP sa **sfhp.org**.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

Maaari ka ring maghain ng reklamo kaugnay ng mga karapatang sibil sa California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights sa pamamagitan ng telepono, pagsulat, o elektronikong paraan:

- Sa telepono: Tawagan ang **1(916) 440-7370**. Kung hindi ka nakakarinig o nakapagsasalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa **711** (California Relay Service).
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form para sa reklamo o magpadala ng liham sa:
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
Available ang mga form para sa reklamo sa **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
- Sa elektronikong paraan: Magpadala ng email sa **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Kung naniniwala kang nadiskrimina ka batay sa lahi, kulay, pinanggalingang bansa, edad, kapansanan o kasarian, maaari ka ring maghain ng reklamo kaugnay ng mga karapatang sibil sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa **1(800) 368-1019**. Kung hindi ka nakakapagsalita o nakakarinig nang mabuti, mangyaring tumawag sa TTY **1(800) 537-7697**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form para sa reklamo o magpadala ng liham sa:
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>.
- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang Portal para sa Reklamo ng Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.