



DualChoice

NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. Inland Empire Health Plan (IEHP) follows State and Federal civil rights laws. IEHP 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.

IEHP 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 IEHP's Member Services between 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays by calling 1-877-273-4347. If you cannot hear or speak well, please call 1-800-718-4347. 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:

Inland Empire Health Plan
10801 Sixth St., Rancho Cucamonga, CA 91730
Tel. 1-877-273-4347
TTY: 1-800-718-4347
711 (Telecommunications Relay Service)

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that IEHP 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 IEHP's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:



DualChoice

- By phone: Contact IEHP's Civil Rights Coordinator between 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays by calling 1-877-273-4347. Or, if you cannot hear or speak well, please call 1-800-718-4347.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
Inland Empire Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator,
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
- In person: Visit your doctor's office or IEHP and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit IEHP's website at www.iehp.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 **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications 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.



DualChoice

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 speak or hear well, please call **TTY/TDD 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>.



DualChoice

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. Inland Empire Health Plan (IEHP) cumple con las leyes de derechos civiles estatales y federales. IEHP no discrimina, no excluye personas, ni las trata de modo diferente de manera ilegal por motivos de 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.

IEHP proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor, como los siguientes:
 - ✓ Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuyo primer idioma no es el inglés, por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP entre las 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos, llamando al 1-877-273-4347. Si no puede oír o hablar bien, llame al 1-800-718-4347. Si usted lo solicita, este documento puede estar disponible para usted en los formatos braille, letra grande, casete de audio o electrónico. Para obtener una copia en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Inland Empire Health Plan
10801 Sixth St., Rancho Cucamonga, CA 91730
Tel.: 1-877-273-4347
TTY: 1-800-718-4347
711 (Servicio de Transmisión de Telecomunicaciones)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si considera que IEHP no le proporcionó estos servicios o lo discriminó ilegalmente de otra manera por motivos de 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



DualChoice

orientación sexual, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de IEHP. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o por vía electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de IEHP, entre las 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos, llamando al 1-877-273-4347. O bien, si no puede oír o hablar bien, llame al 1-800-718-4347.
- Por escrito: Llene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
Inland Empire Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator,
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
- En persona: Visite el consultorio de su doctor o IEHP y diga que desea presentar una queja formal.
- Por vía electrónica: Visite el sitio web de IEHP en www.iehp.org.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no oye o no habla bien, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja 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 queja están disponibles en
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Por vía electrónica: Envíe un mensaje de correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.



DualChoice

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS

Si considera que lo han discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede oír o hablar bien, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Llene un formulario de queja 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 queja están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Por vía electrónica: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرَجَى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទសម្រាប់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរតូច ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि:शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). 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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)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。1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)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 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ດ້ານເອກະສານທີ່ບັນທຶກສອບນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). 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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-4347 (линия ТТУ: 1-800-718-4347). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-4347 (линия ТТУ: 1-800-718-4347). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). 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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.