



## 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 Member Services at **1-800-440-IEHP (4347)**, Monday–Friday, 7am–7pm, and Saturday–Sunday, 8am–5pm, including holidays. 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 6<sup>th</sup> St., Rancho Cucamonga, CA  
91730-5987  
**1-800-440-4347** (TTY: **1-800-718-4347**/California Relay 711)

### 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:

- By phone: Contact IEHP's Civil Rights Coordinator between 8am-5pm, by calling **1-800-440-4347**. Or, if you cannot hear or speak well, please call TTY: **1-800-718-4347**/California Relay 711.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
  - IEHP's Civil Rights Coordinator
  - 10801 6<sup>th</sup> St., Rancho Cucamonga, CA
  - 91730-5987
- 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](http://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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Electronically:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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 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>



## THÔNG BÁO VỀ KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phân biệt đối xử là vi phạm pháp. Inland Empire Health Plan (IEHP) tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang IEHP không phân biệt đối xử bất hợp pháp, không loại trừ hoặc đối xử khác biệt với mọi người vì giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, thông tin nhận dạng dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật về thân kinh, khuyết tật thể chất, bệnh trạng, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tình dục. IEHP cung cấp:

- Hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, ví dụ như:

- ✓ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
- ✓ Văn bản thông tin ở các định dạng khác (bản in lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)

- Các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, ví dụ như:

- ✓ Thông dịch viên đủ năng lực
- ✓ Văn bản thông tin bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP bằng cách gọi số **1-800-440-IEHP (4347)**, từ Thứ Hai – Thứ Sáu, 7 giờ sáng đến 7 giờ tối, và Thứ Bảy – Chủ Nhật, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, kể cả ngày nghỉ lễ. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi **1-800-718-4347**. Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi Braille, chữ in lớn, cassette âm thanh hoặc dạng điện tử. Để nhận được bản sao ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc viết thư tới:

Inland Empire Health Plan  
10801 6<sup>th</sup> St., Rancho Cucamonga, CA  
91730-5987  
**1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347/California Relay 711)**

### CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu quý vị tin rằng IEHP không thể cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử bất hợp pháp theo một cách khác dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, thông tin nhận dạng dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật về thân kinh, khuyết tật thể chất, bệnh trạng, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc xu hướng tình dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới Điều Phối Viên Dân Quyền của IEHP. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại, bằng văn bản, trực tiếp hoặc bằng phương thức điện tử:

- **Bằng điện thoại:** Liên hệ với Điều Phối Viên Dân Quyền của IEHP từ 8 giờ sáng - 5 giờ chiều (Múi Giờ Chuẩn Thái Bình Dương), bằng cách gọi số **1-800-440-4347**. Hoặc nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY: **1-800-718-4347/California Relay 711**.

- **Bằng văn bản:** Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:

IEHP's Civil Rights Coordinator  
10801 6<sup>th</sup> St., Rancho Cucamonga, CA  
91730-5987

- **Trực tiếp:** Tới văn phòng bác sĩ hoặc IEHP của quý vị và cho biết quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.

- **Hình thức điện tử:** Truy cập trang web của IEHP tại [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

## **VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – SỞ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CALIFORNIA**

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền dân sự cho Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California, Văn Phòng Dân Quyền bằng điện thoại, bằng văn bản hoặc bằng hình thức điện tử:

- **Bảng điện thoại:** Gọi tới **(916) 440-7370**. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi cho 711 (Dịch Vụ Chuyển Tiếp Viễn Thông).
- **Bảng văn bản:** Điền vào 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 đơn khiếu nại có sẵn tại [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Hình thức điện tử:** Gửi email tới [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## **VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – SỞ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ NHÂN SINH HOA KỲ**

Nếu quý vị tin rằng mình đã bị phân biệt đối xử vì lý do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại về dân quyền tới Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền bằng điện thoại, văn bản hoặc hình thức điện tử:

- **Bảng điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi TTY/TDD **1-800-537-7697**.

- **Bảng văn bản:** Điền vào 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>.

- **Hình thức điện tử:** Truy cập Cổng Thông Tin của Văn Phòng Khiếu Nại Về Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريلا والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ប្លាសម្ព័ន្ធជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរតូច ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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। **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

## Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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。 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.