



## 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 in a timely manner 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 in a timely manner 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 KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phân biệt đối xử là trái pháp luật. Inland Empire Health Plan (IEHP) tuân thủ luật dân quyền của Tiểu bang và Liên bang. IEHP không phân biệt đối xử bất hợp pháp, loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tình dục.

IEHP cung cấp:

- Các biện pháp hỗ trợ và các dịch vụ miễn phí kịp thời cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, chẳng hạn như:

- ✓ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ điều kiện
- ✓ Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập và các định dạng khác)

- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí kịp thời cho người có ngôn ngữ chính không phải tiếng Anh, chẳng hạn như:

- ✓ Thông dịch viên đủ điều kiện
- ✓ Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP theo số **1-800-440-IEHP (4347)**, Thứ Hai–Thứ Sáu, 7 giờ sáng–7 giờ tối, và Thứ Bảy–Chủ Nhật, 8 giờ sáng–5 giờ chiều, kể cả các ngày lễ. Nếu quý vị không thể nghe rõ hoặc nói tốt, vui lòng gọi số **1-800-718-4347**. Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị bằng chữ nổi braille, bản in cỡ lớn, băng cassette hoặc biểu mẫu điện tử. Để nhận tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi điện thoại hoặc gửi 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**/Tiếp âm California 711)

### CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu quý vị tin rằng IEHP đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc bị phân biệt đối xử bất hợp pháp theo cách khác trên cơ sở giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tình dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Điều Phối Viên Dân Quyền của IEHP. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại, bằng văn bản, trực tiếp hoặc điện tử:

- Qua điện thoại: Liên hệ với Điều Phối Viên Dân Quyền của IEHP trong thời gian từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, bằng cách gọi tới số **1-800-440-4347**. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe rõ hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY: **1-800-718-4347**/Chuyển tiếp California 711.

- Qua thư: 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: Đến phòng mạch bác sĩ của quý vị hoặc đến IEHP và nói rằng quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.
- Bằng 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 Y TẾ CALIFORNIA**

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Sở Dịch Vụ Y Tế California, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, qua thư, hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Vui lòng gọi số **(916) 440-7370**. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe rõ, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ Chuyển tiếp Viễn thông).
- Qua thư: 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

Các mẫu đơn khiếu nại có tại

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**.

- Bằng hình thức điện tử: Gửi email đến **[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)**.

### **VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ**

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về dân quyền với Bộ Y tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, qua thư gửi đường bưu điện hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể nói tốt hoặc không thể nghe rõ, vui lòng gọi TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- Qua thư: 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, DC 20201

Các mẫu đơn than phiền có tại **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

- Bằng hình thức điện tử: Truy cập Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**