

Department of Health Care Services Non-Discrimination Policy and Language Access

DHCS complies with applicable Federal and State civil rights laws. DHCS does not unlawfully discriminate 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. DHCS does not unlawfully 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.

DHCS:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with DHCS, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats such as large print, audio, accessible electronic formats and other formats
- Provides 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, call the Integrated Systems of Care Division, at **1-916-552-9105** or **1-833-388-4551**, or the Office of Civil Rights, at **1-916-440-7370**, 711 (California State Relay) or email CivilRights@dhcs.ca.gov.

If you believe DHCS has failed to provide these services or you have been discriminated against 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 the Office of Civil Rights.

PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370, 711 (California State Relay)
Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

If you need help filing a grievance, the Office of Civil Rights can help you. Complaint forms are available at:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

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. You can file electronically through

Department of Health Care Services Non-Discrimination Policy and Language Access

the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or you can file by mail or phone at:

U.S. Department of Health and
Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, TTY 1-800-537-7697

You can get a complaint form at:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

English

The information in this notice may impact your medical benefits and/or program eligibility, and your response may be required. If you do not understand the information, please call [916-552-9105] for language assistance at no cost to you.

العربية (Arabic)

قد تؤثر المعلومات الواردة في هذا الإشعار على استحقاقاتك الطبية و / أو أهليتك للبرنامج، وردك قد يكون ضروريا. إذا كنت لا تفهم المعلومات، يرجى الاتصال برقم [916-552-9105] للحصول على المساعدة اللغوية بدون أي تكلفة عليك.

Հայերեն (Armenian)

Այս ծանուցման մեջ պարունակվող տեղեկությունները կարող են ազդել Ձեր բժշկական նպաստների և/կամ ծրագրի իրավասության վրա, և կարող է Ձեր պատասխանը պահանջվել: Եթե Դուք չէք հասկանում այս տեղեկությունները, խնդրում ենք զանգահարել [916-552-9105] և Ձեզ համար անվճար օգնություն ստանալ լեզվի հարցում:

ខ្មែរ (Cambodian)

ព័ត៌មាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ អាចប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព និង/ឬសិទ្ធិចូលរួមក្នុង កម្មវិធីរបស់អ្នក ហើយចម្លើយរបស់អ្នកអាចត្រូវការជាចាំបាច់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព័ត៌មាន សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ [916-552-9105] សម្រាប់ជំនួយជាមួយភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។

中国 (Chinese)

本通知內的有關資訊可能會影響到您的醫療福利和/或享受計劃的合格性，並且我們可能會要求您的回復。如果您不明白有關資訊，請撥打[916-552-9105]，免費獲得外語翻譯協助。

Department of Health Care Services Non-Discrimination Policy and Language Access

فارسی (Farsi)

اطلاعات مندرج در این اطلاعیه ممکن است بر مزایای پزشکی و/یا صلاحیت برخوردارى شما از برنامه اثر داشته باشد، و ممکن است نیاز به پاسخ شما باشد. اگر اطلاعات مندرج را درک نمی کنید، لطفاً برای دریافت کمک زبانی رایگان با شماره **[916-552-9105]** تماس بگیرید.

हिंदी (Hindi)

इस नोटिस की जानकारी आपके चिकित्सा लाभों और/या कार्यक्रम की योग्यता को प्रभावित कर सकती है, और आपको इसका जवाब देने की आवश्यकता हो सकती है। यदि आप जानकारी नहीं समझ पाते हैं, तो आपको बिना किसी कीमत वाली भाषा सहायता के लिए, कृपया **[916-552-9105]** पर कॉल करें।

Hmoob (Hmong)

Cov lus qhia hauv tsab ntawv no tej zaum yuav muaj feem cuam tshuam rau koj cov kev pab kho mob thiab/los sis koj txoj kev tsim nyog rau txoj kev pab cuam, thiab tej zaum koj yuav tsum tau teb tuaj. Yog tias koj tsis nkag siab cov lus qhia no, thov hu rau **[916-552-9105]** kom muab kev pab txhais lus rau koj uas koj yuav tsis tau them dab tsi li.

日本語 (Japanese)

本通知内の情報は、あなたの医療またはプログラムの給付資格に影響を及ぼす場合があるため、返信しなければならない可能性があります。ご不明な点がある場合は、

[916-552-9105] で無料言語サポートをご利用になれます。

한국의 (Korean)

이 고지의 정보는 귀하의 의료 급여나 프로그램 자격 여부에 영향을 미칠 수 있으며, 귀하의 응답이 요구될 수 있습니다. 이러한 정보를 이해하지 못하실 경우

[916-552-9105] (으)로 연락하셔서 무료로 제공되는 언어 지원을 요청하십시오.

ລາວ (Laotian)

ຂໍ້ມູນໃນໃບແຈ້ງການນີ້ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສະໜັດດີການແລະ/ຫຼືສິດທິໃນໂຄງການຂອງທ່ານ, ແລະທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຕອບສະໜອງໃບແຈ້ງການນີ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນນີ້, ກະລຸນາ **(916)-552-9105** ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າ.

Department of Health Care Services Non-Discrimination Policy and Language Access

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਇਸ ਨੋਟਿਸ ਵਿਚਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਅਸਰ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਫਾਇਦਿਆਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਯੋਗਤਾ ਤੇ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਮਝ ਨਾ ਆਏ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ [916-552-9105] 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский (Russian)

Информация в данном уведомлении может повлиять на Ваши медицинские льготы и (или) право на участие в программе, также может потребоваться Ваш ответ. Если Вы не понимаете эту информацию, позвоните по телефону [916-552-9105], и Вам бесплатно окажут помощь на Вашем языке.

Español (Spanish)

La información de este aviso podría afectar sus beneficios médicos y/o la elegibilidad para el programa y su respuesta podría ser obligatoria. Si no entiende la información, llame al

[916-552-9105] para que le ayuden en su idioma de manera gratuita.

Tagalog (Tagalog - Filipino)

Maaaring may epekto ang impormasyon sa patalastas na ito sa inyong mga medical benefit {pakinabang pampaggagamot} at/o pagkanarapat sa program, at maaaring kakailanganin ang inyong pagtugon. Kung hindi nyo maintindihan ang impormasyon, paki-tawagan ang

[916-552-9105] para sa pagtulong sa wika nang walang gastos sa inyo.

ภาษาไทย (Thai)

ข้อมูลในหมายแจ้งฉบับนี้อาจจะมีผลกระทบต่อผลประโยชน์จากการประกันสุขภาพของคุณ และ/หรือต่อคุณสมบัติในการได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นคุณจำเป็นต้องส่งคำตอบและชี้แจงกลับมา หากคุณไม่เข้าใจข้อมูลตอนใด กรุณาโทรติดต่อหมายเลข

[916-552-9105] คุณจะได้รับความช่วยเหลือจากสามโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

Tiếng Việt (Vietnamese)

Thông tin trong thông báo này có thể ảnh hưởng đến phúc lợi trợ cấp y tế và/hoặc tình trạng hội đủ điều kiện tham gia chương trình của quý vị, và quý vị có thể cần phải hồi âm. Nếu quý vị không hiểu thông tin này, vui lòng gọi [916-552-9105] để được trợ giúp ngôn ngữ miễn phí.