

歧视是违法行为。Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 计划) (SCFHP Cal MediConnect) 遵守州和联邦民权法律。SCFHP Cal MediConnect 不会出于性别、种族、肤色、宗教信仰、血统、国籍、族群认同、年龄、精神残疾、身体残疾、疾病、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素而非法歧视、排挤或区别对待任何人。

SCFHP Cal MediConnect 提供：

- 促进残疾人士沟通交流的免费帮助和服务，例如：
  - 合格的手语翻译人员
  - 其他格式的书面信息（大字版、语音版、可供视障人士阅读使用的电子格式及其他格式）
- 针对英语非第一语言人士的免费语言服务，例如：
  - 合格的口译人员
  - 以其他语言书写的信息

如需这些服务，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 SCFHP Cal MediConnect，电话号码为 1-877-723-4795。如果您有听说障碍，请拨打 711。我们可根据要求提供此文件的盲文版、大字版、盒式录音磁带版或电子版。如需获取这些替代格式的副本，请致电或写信至：

**Santa Clara Family Health Plan**  
**PO Box 18880**  
**San Jose, CA 95158**  
**1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)**

---

### 如何提出申诉

如果您认为 SCFHP Cal MediConnect 出于性别、种族、肤色、宗教信仰、血统、国籍、族群认同、年龄、精神残疾、身体残疾、疾病、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等因素而未能提供上述服务或以其他方式非法歧视您，您可以向 SCFHP Cal MediConnect 申诉和上诉部门提出申诉。您可以通过致电、写信、亲自造访或以电子方式来提出申诉：

- **致电**：请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 SCFHP Cal MediConnect，电话号码为 1-877-723-4795。或者，如果您有听说障碍，请拨打 711。
- **写信**：请填写投诉表格或写信并寄至：

**Attn: Grievance and Appeals Department**  
**Santa Clara Family Health Plan**  
**6201 San Ignacio Ave**  
**San Jose, CA 95119**

- **亲自造访**：请前往您的医生办公室或 SCFHP Cal MediConnect，亲自诉说您的申诉意向。
- **电子方式**：请访问 SCFHP Cal MediConnect 网站：[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

## 民权办公室 - 加州卫生健康服务部

您也可以**通过**致电、写信或以电子方式向加州卫生健康服务部 (California Department of Health Care Services) 民权办公室 (Office for Civil Rights) 提出民权投诉:

- **致电** : 请致电 **916-440-7370**。如果您有听说障碍, 请致电 **711** (电讯转接服务)。
- **写信** : 请填写投诉表格或寄信至:

**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**

投诉表格可从 [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) 下载。

- **电子方式** : 请发送电子邮件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)。
- 

## 民权办公室 - 美国卫生和公众服务部

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别等因素而受到歧视, 您可以通过致电、写信或以电子方式向美国卫生和公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民权办公室提出民权投诉:

- **致电** : 请致电 **1-800-368-1019**。如果您有听说障碍, 请拨打 **TTY/TDD 专线 1-800-537-7697**。
- **写信** : 请填写投诉表格或寄信至:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

投诉表格可从 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 下载。

- **电子方式** : 请访问民权办公室投诉门户网站: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。