

សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើង

Health Net នូវត្រូវតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិជនស៊ីវិលរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ហើយនឹងមិនរើសអើង មិនដាក់បញ្ចូលមនុស្ស ឬ ប្រព្រឹត្តិលើពួកគេមិនស្មើភាពគ្នាដោយសារតែ ភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើត អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព ព័ត៌មានសេនេទិច ស្ថានភាព អាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទឡើយ។

Health Net ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយ និងសេវាម្នាក់ៗដើម្បីជួយដល់ជនពិការដើម្បីឲ្យទំនាក់ទំនងកាន់តែប្រសើរ រីឯជាមួយយើងខ្ញុំដូចជា ក្រុមប្រឹក្សាសាសនាដែលមានការទទួលស្គាល់ និងព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (បោះពុម្ពជា ក្បួន ធំៗ អូឌីយ៉ូ ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើតាមប្រព័ន្ធអេ ៊ី ចត្រូនិក និងទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)។
- សេវាភាសាភាគីតិចដល់ ក្នុងករណីដែលភាសាចម្បងរបស់ខ្លួនមិនមែនជាភាសា ង់គ្លេស ដូចជា អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ដែលមានការទទួលស្គាល់ និងព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេងៗទៀត។

ប្រសិនបើ ក្រុមការណ៍សេវាកម្មទាំងនេះ ឬស្នើសុំឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងទៅ មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនង តិចិជន Health Net តាមលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយស ប្ត ហ៍, 365 ថ្ងៃក្នុង មួយឆ្នាំ។

ប្រសិនបើ ក្រុមការណ៍ជាក់ថា Health Net នខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬ នរើសអើងដោយផ្ទុយនឹងច្បាប់តាម របៀបផ្សេងទៀតណាមួយ នោះ ក្រុមការណ៍អាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយHealth Net តាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រព័ន្ធអេ ៊ី ចត្រូនិក៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** ទូរសព្ទទៅ ក្រុមប្រឹក្សាសម្រួលសិទ្ធិជនស៊ីវិលរបស់ Health Net (Health Net Civil Rights Coordinator) តាមលេខ 1-866-458-2208 (TTY: 711) ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
- **ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬសរសេរលិខិត ហើយផ្ញើទៅ Health Net Civil Rights Coordinator, P.O. Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103។
- **ដោយផ្ទាល់៖** ទៅកាន់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ Health Net ហើយនិយាយថា ក្រុមការណ៍ដាក់បណ្តឹងសារ ទុក្ខ។
- **តាមប្រព័ន្ធអេ ៊ី ចត្រូនិក៖** សូមចូលទៅគេហទំព័ររបស់ Health Net តាមរយៈ www.healthnet.com

ក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិជនស៊ីវិលជាមួយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California, ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល តាមរយៈទូរសព្ទ, ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឌីចត្រូនិក៖

- តាមរយៈទូរសព្ទ៖ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 916-440-7370 ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់មិនសូវ នឿយ សូមទូរសព្ទទៅ 711 ។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬសរសេរលិខិត ហើយផ្ញើទៅ នុប្រធានការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413 ។
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងមាននៅ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- តាមប្រព័ន្ធអេឌីចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ CivilRights@dhcs.ca.gov

ប្រសិនបើ ក្តីជឿជាក់ថា អ្នកត្រូវបានគេរើសអើងដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទ នោះ ក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិជនស៊ីវិលជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាកម្មមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិលតាមរយៈទូរសព្ទ, ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឌីចត្រូនិក៖

- តាមរយៈទូរសព្ទ៖ 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើលិខិតទៅក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាកម្មមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងមាននៅ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- តាមប្រព័ន្ធអេឌីចត្រូនិក៖ សូមចូលទៅផតចលការិយាល័យនៃពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិជនស៊ីវិលតាមរយៈ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>