



## NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) follows Federal civil rights laws. SCFHP does not discriminate, exclude people, or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

SCFHP 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 SCFHP between 8:30 a.m. and 5:00 p.m., Monday through Friday by calling **1-800-260-2055**. Or, if you cannot hear or speak well, please call **1-800-735-2929** or **711**.

## **HOW TO FILE A GRIEVANCE**

If you believe that Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with SCFHP. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact SCFHP between 8:30 a.m. to 5 p.m., Monday through Friday by calling **1-800-260-2055**. Or, if you cannot hear or speak well, please call **1-800-735-2929** or **711**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:  
  
**Attn: Appeals and Grievances Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95119**
- **In person:** Visit your doctor's office or SCFHP and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit SCFHP's website at [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS**

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>.



## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contraria a la ley. Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles. SCFHP no discrimina, no excluye a las personas, ni las trata de forma diferente debido a la raza, el color de la piel, el país de origen, la edad, una discapacidad o el sexo.

SCFHP proporciona lo siguiente:

- Ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor; por ejemplo:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma primario no sea el inglés; por ejemplo:
  - intérpretes calificados
  - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con SCFHP de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes llamando al **1-800-260-2055**. O bien, si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **1-800-735-2929** o al **711**.

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si usted considera que Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna manera según la raza, el color de la piel, el país de origen, la edad, una discapacidad o el sexo, usted puede presentar una queja ante SCFHP. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o de forma electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con SCFHP de 8:30 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes llamando al **1-800-260-2055**. O bien, si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **1-800-735-2929** o al **711**.

- Por escrito: Llene un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:

**Attn: Appeals and Grievances Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95119**

- En persona: Visite el consultorio de su médico o SCFHP e indique que desea presentar una queja.
- De forma electrónica: Visite el sitio web de SCFHP en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de EE. UU. por teléfono, por escrito o de forma electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades del habla o auditivas, llame al TTY/TDD **1-800-537-7697**.

- Por escrito: Llene un formulario de quejas o envíe una carta a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- De forma electrónica: Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## THÔNG BÁO CHỐNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) tuân thủ luật định về quyền công dân Liên bang. SCFHP không phân biệt, loại trừ hay đối xử mọi người một cách khác biệt do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hay giới tính.

SCFHP đem lại:

- Sự hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ trao đổi thông tin tốt hơn, như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đạt tiêu chuẩn
  - Thông tin được viết lại dưới định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ cho người không sử dụng Tiếng Anh là ngôn ngữ chính, như:
  - Thông dịch viên đạt tiêu chuẩn
  - Thông tin được viết ở ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ SCFHP từ 8:30 sáng đến 5:00 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu bằng cách gọi đến số **1-800-260-2055**. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe nói tốt, vui lòng gọi đến số **1-800-735-2929** hoặc **711**.

## **CÁCH THỨC KHIẾU NẠI**

Nếu quý vị cho rằng Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử quý vị do chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hay giới tính, quý vị có thể khiếu nại cho SCFHP. Quý vị có thể khiếu nại bằng cách gọi điện, viết đơn, gặp trực tiếp, hoặc hình thức điện tử:

- **Qua điện thoại:** Hãy liên hệ SCFHP từ 8:30 sáng đến 5:00 chiều, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu bằng cách gọi đến số **1-800-260-2055**. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe nói tốt, vui lòng gọi đến số **1-800-735-2929** hoặc **711**.
- **Viết đơn:** Hãy điền thông tin vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến địa chỉ:

**Attn: Appeals and Grievances Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95119**

- **Gặp trực tiếp:** Hãy đến phòng khám bác sĩ của quý vị hoặc SCFHP và trình bày việc quý vị muốn khiếu nại.
- **Hình thức điện tử:** Hãy truy cập trang mạng của SCFHP tại địa chỉ [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## **VĂN PHÒNG ĐẶC TRÁCH DÂN QUYỀN**

Quý vị cũng có thể khiếu nại quyền công dân với Bộ Y tế và Dịch vụ Dân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Đặc trách Dân quyền bằng cách gọi điện thoại, viết đơn, hoặc hình thức điện tử:

- **Qua điện thoại:** Hãy gọi đến số **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể nghe nói tốt, vui lòng gọi đến số TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- **Viết đơn:** Hãy điền thông tin 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 thể tải về tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Hình thức điện tử:** Hãy truy cập Cổng thông tin Văn phòng Đặc trách Dân quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## 非歧视公告

歧视是违法行为。Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 遵守联邦公民权利法律。SCFHP 不因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而歧视某人、将其排除在外或区别对待。

SCFHP 提供：

- 针对残疾人士的免费帮助和服务，以帮助他们更好地沟通，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、可使用的电子格式及其他格式）
- 针对英语不是其第一语言的人群的免费语言服务，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，请于周一至周五早上 **8:30** 至下午 **5:00** 致电 **SCFHP**，电话是 **1-800-260-2055**。如果您有听说障碍，请致电 **1-800-735-2929** 或 **711**。

## 提起申诉的方法

如果您认为 Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 未能提供上述服务或因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而歧视您，您可以向 SCFHP 提出申诉。您可以打电话、以书面形式、当面或以电子方式提出申诉：

- 打电话：请于周一至周五早上 8:30 至下午 5:00 致电 SCFHP，电话是 **1-800-260-2055**。如果您有听说障碍，请致电 **1-800-735-2929** 或 **711**。
- 书面形式：请填写投诉表格或写信并寄至：  
  
**Attn: Appeals and Grievances Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95119**
- 当面：请前往医生办公室或 SCFHP 办公室表达您的申诉意向。
- 电子方式：访问 SCFHP 网站 [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)。

---

## 民权办公室

您也可以打电话、以书面形式或以电子方式向美国卫生与公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民权办公室 (Office for Civil Rights) 提出公民权利投诉：

- 打电话：请致电 **1-800-368-1019**。如果您有听说障碍，请致电 TTY/TDD 专线 **1-800-537-7697**。
- 书面形式：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**

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

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





## PAUNAWA TUNGKOL SA PAGBABAWAL SA DISKRIMINASYON

Labag sa batas ang diskriminasyon. Sumusunod ang Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) sa mga Pederal na batas ukol sa mga karapatang sibil. Hindi gawain ng SCFHP na mandiskrimina, magsantabi ng mga tao, o pakitunguhan sila nang iba dahil sa kanilang lahi, kulay ng balat, pinagmulang bansa, edad, kapansanan, o kasarian.

Nagbibigay ang SCFHP ng:

- Mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan upang matulungan silang makipag-usap nang mas madali, gaya ng:
  - Mga kwalipikadong sign language interpreter
  - Mga pasulat na impormasyon sa iba pang format (malaking print, audio, mga accessible electronic format, iba pang format)
- Mga libreng serbisyo sa wika sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing ginagamit na wika, gaya ng:
  - Mga kwalipikadong interpreter
  - Impormasyong nakasulat sa iba pang wika

Kung kailangan mo ng mga ganitong serbisyo, makipag-ugnayan sa SCFHP mula 8:30 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-260-2055**. O kaya, kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, tumawag sa **1-800-735-2929** o **711**.

## **PAANO MAGHAIN NG HINAING**

Kung naniniwala kang hindi naibigay ng Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) ang mga serbisyong ito o nandiskrimina ito sa ibang paraan batay sa lahi, kulay ng balat, pinagmulang bansa, edad, kapansanan, o kasarian, maaari kang maghain ng hinaing sa SCFHP. Maaari kang maghain ng hinaing sa pamamagitan ng pagtawag, pagliham, personal, o electronic:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Makipag-ugnayan sa SCFHP mula 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-260-2055**. O kaya, kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, tumawag sa **1-800-735-2929** o **711**.
- **Pagliham:** Punan ang isang form ng reklamo o magsulat ng liham at ipadala ito sa:  
  
**Attn: Appeals and Grievances Department**  
**Santa Clara Family Health Plan**  
**PO Box 18880**  
**San Jose, CA 95119**
- **Personal:** Bisitahin ang opisina ng iyong doktor o SCFHP at sabihin na gusto mong maghain ng hinaing.
- **Electronic:** Bisitahin ang website ng SCFHP sa [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS**

Maaari ka ring maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatan bilang mamamayan sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa pamamagitan ng pagtawag, pagliham, o electronic:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tumawag sa **1-800-368-1019**. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, tumawag sa TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- **Pagliham:** Punan ang isang form ng reklamo o magpadala ng liham sa:  
  
**U.S. Department of Health and Human Services**  
**200 Independence Avenue, SW**  
**Room 509F, HHH Building**  
**Washington, D.C. 20201**  
  
Makakakuha ng mga form ng reklamo sa <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Electronic:** Bisitahin ang Office for Civil Rights Complaint Portal sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## Language Assistance Services

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-260-2055. (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 o 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 hoặc 711).

**Tagalog – Filipino (Tagalog):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 o 711).

**한국어 (Korean):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 또는 711)번으로 전화해 주십시오.

**中文 (Chinese):** 注意：如果您说中文，将为您提供免费的语言服务。请致电 1-800-260-2055。(TTY：1-800-735-2929 或 711)。

**Հայերեն (Armenian):** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք 1-800-260-2055 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-735-2929 կամ 711)։

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-260-2055 (телетайп: 1-800-735-2929 или 711).

**فارسی (Persian, Farsi):**

**توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، کمک در زمینه زبان به صورت رایگان در اختیارتان قرار خواهد گرفت. با 1-800-260-2055 (TTY 1-800-735-2929 یا 711) تماس بگیرید.

**日本語 (Japanese):** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 または 711)まで、お電話にてご連絡ください。

**Hmoob (Hmong):** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 los sis 711).

ਪੰਜਾਬੀ (**Punjabi**): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (**Arabic**):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-260-2055 (رقم الهاتف النصي: 1-800-735-2929 أو 711).

हिंदी (**Hindi**): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 या 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (**Thai**): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-260-2055 (TTY: 1-800-735-2929 หรือ 711).

ខ្មែរ (**Mon-Khmer, Cambodian**): ប្រមូលកិច្ចការដាក់: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះលោកអ្នកអាចស្វែងរកសេវាជំនួយផ្នែកភាសាបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-260-2055។ (TTY: 1-800-735-2929 ឬ 711)។

ພາສາລາວ (**Lao**): ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-260-2055. (TTY: 1-800-735-2929 ຫຼື 711).