

## 不歧視公告

---

任何歧視皆屬違法行為。聖馬刁健康計劃遵守州和聯邦民權法律，不會基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、心理障礙、身體障礙、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，對任何人非法歧視、排擠或給予差別待遇。

聖馬刁健康計劃提供：

- 免費的殘障人士協助和服務，幫助他們能更有效溝通，例如：
  - ✓ 合格的手語傳譯員
  - ✓ 其他格式的書面資料（大字版、有聲版、無障礙電子版、其他版本）
- 為主要語言非英語的人士免費提供語言服務，例如：
  - ✓ 合格的口譯員
  - ✓ 其他語言的書面資料

如果您需要這些服務，請在周一至週日上午 8:00 至晚上 8:00 之間聯繫 CareAdvantage Unit 致電 **1-866-880-0606**。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY (聽力及語言障礙) 專線 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。本文件有盲人點字版、大型字體版、電子版或音訊格式，可應要求提供。如需索取這些其他格式版本，請致電或寫信到：

**Health Plan of San Mateo**  
**Attn.: CareAdvantage Unit**  
**801 Gateway Boulevard, Suite 100**  
**South San Francisco, CA 94080**  
**1-866-880-0606 / 650-616-2174**  
**TTY: 1-800-735-2929 / 7-1-1**

---

### 如何提出申訴

如果您認為聖馬刁健康計劃基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族裔群體認同、年齡、心理障礙、身體障礙、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，不提供服務或以其他方式非法歧視，您可以向聖馬刁健康計劃申訴。您可以用電話、書面、親自或電子方式提出申訴：

- 電話：週一至週日，上午 8:00 至晚上 8:00 聯繫。致電 **1-866-880-0606**。或者，如果您聽不清或說話不好，請致電 TTY **1-800-735-2929** 或撥打 **7-1-1**。
- 書面方式：填寫申訴表或寫信，寄到：

**Health Plan of San Mateo**  
**Attn.: Civil Rights Coordinator**  
**801 Gateway Boulevard, Suite 100**  
**South San Francisco, CA 94080**
- 親自辦理：親自前往醫生診所或聖馬刁健康計劃，向他們表示您要提出申訴。
- 電子方式：瀏覽聖馬刁健康計劃網站：[grievance.hpsm.org](http://grievance.hpsm.org)

---

## 民權辦事處 – 加州健康護理服務局

您亦可透過電話、書面或電子方式，向加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services) 的民權辦事處 (Office of Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 電話：致電 **916-440-7370**。如果您有語言或聽力障礙，請撥 **7-1-1 (電信傳譯服務)**。
- 書面方式：填寫一份投訴表或寫信寄至：

**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**

投訴表可至以下網址取得：[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- 電子方式：發電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

---

## 民權辦事處 – 美國衛生及公共服務部

如果您認為自己因種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙或性別而受到歧視，亦可透過電話、書面或電子方式，向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 的民權辦事處 (Office for Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 電話：請致電 **1-800-368-1019**。如果您有聽力或語言障礙，請用 TTY/TDD 撥打 **1-800-537-7697**。
- 書面方式：填寫一份投訴表或寫信寄至：

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

投訴表可至以下網址取得：[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

- 電子方式：前往民權辦事處投訴網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。