



---

## NONDISCRIMINATION NOTICE

---

Discrimination is against the law. Inland Empire Health Plan (IEHP) follows State and Federal civil rights laws. IEHP does not unlawfully discriminate, 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.

IEHP 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 IEHP's Member Services between 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays by calling 1-877-273-4347. If you cannot hear or speak well, please call 1-800-718-4347. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Inland Empire Health Plan  
10801 Sixth St., Rancho Cucamonga, CA 91730  
Tel. 1-877-273-4347  
TTY: 1-800-718-4347  
711 (Telecommunications Relay Service)

---

## **HOW TO FILE A GRIEVANCE**

If you believe that IEHP has failed to provide these services or unlawfully discriminated 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 IEHP's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:



- By phone: Contact IEHP's Civil Rights Coordinator between 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays by calling 1-877-273-4347. Or, if you cannot hear or speak well, please call 1-800-718-4347.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:  
Inland Empire Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator,  
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
- In person: Visit your doctor's office or IEHP and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit IEHP's website at [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

---

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.

- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**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**

Complaint forms are available at  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Electronically: Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).



**OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

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 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>.



## THÔNG BÁO VỀ KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

---

Phân biệt đối xử là trái pháp luật. Inland Empire Health Plan (IEHP) tuân theo luật dân quyền của Tiểu bang và Liên bang. IEHP không phân biệt đối xử bất hợp pháp, loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với họ do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tình dục.

IEHP cung cấp:

- Các biện pháp hỗ trợ và các dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, chẳng hạn như:
  - ✓ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ tiêu chuẩn
  - ✓ Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể dễ dàng truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho người có ngôn ngữ chính không phải Tiếng Anh, chẳng hạn như:
  - ✓ Thông dịch viên đủ điều kiện
  - ✓ Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ với Ban Dịch Vụ Hội Viên của IEHP từ 8 giờ sáng-8 giờ tối (giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ theo số 1-877-273-4347. Nếu quý vị không thể nghe rõ hoặc diễn đạt tốt, vui lòng gọi tới số 1-800-718-4347. Tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi Braille, bản in cỡ lớn, băng ghi âm hoặc bản điện tử theo yêu cầu. Để có được một bản sao của một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc viết thư tới:

Inland Empire Health Plan  
10801 Sixth St., Rancho Cucamonga, CA 91730  
Số điện thoại 1-877-273-4347  
Số TTY: 1-800-718-4347  
711 (Dịch vụ Tiếp âm Viễn thông)

---



## CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu quý vị tin rằng IEHP đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc bị phân biệt đối xử bất hợp pháp theo cách khác trên cơ sở giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tình dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Điều phối viên Dân Quyền của IEHP. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại, qua thư gửi đường bưu điện, đến trực tiếp, hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Liên hệ với Điều phối viên Dân Quyền của IEHP trong thời gian từ 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ bằng cách gọi tới số 1-877-273-4347. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe rõ hoặc diễn đạt tốt, vui lòng gọi tới số 1-800-718-4347.

- Qua thư gửi đường bưu điện: Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến:

Inland Empire Health Plan, Attn: Civil Rights Coordinator,  
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730

- Đến trực tiếp: Đến văn phòng bác sĩ của quý vị hoặc đến IEHP và nói rằng quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.
- Bằng hình thức điện tử: Truy cập trang web của IEHP tại [www.iehp.org](http://www.iehp.org).

---

## VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – SỞ DỊCH VỤ Y TẾ CALIFORNIA

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Sở Dịch vụ Y tế California, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, qua thư gửi đường bưu điện, hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số **916-440-7370**. Nếu quý vị không thể diễn đạt tốt hoặc không thể nghe rõ, vui lòng gọi **711 (Dịch vụ tiếp âm viễn thông)**.
- Qua thư gửi đường bưu điện: Điền vào mẫu đơn khiếu nại hoặc gửi thư đến:



**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**

Các mẫu đơn khiếu nại có tại  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Bằng hình thức điện tử: Gửi email đến địa chỉ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## **VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ**

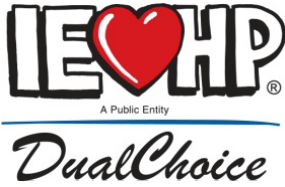
Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, viết thư gửi đường bưu điện hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể diễn đạt tốt hoặc không thể nghe rõ, vui lòng gọi **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Qua thư gửi đường bưu điện: Điền vào mẫu 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**

Các mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Bằng hình thức điện tử: Truy cập Cổng Thông Tin Khiếu nại của Văn Phòng Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



**TAGLINES**

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរតូច ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

### **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि:शुल्क हैं।

### **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ດ້ານເອກະສານທີ່ບັນທຶກສອບນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

### **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।



### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-4347 (линия ТТУ: 1-800-718-4347). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-4347 (линия ТТУ: 1-800-718-4347). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.