

Non-discrimination and Language Availability Statements

English:

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-544-0088. (TTY: 711) for Medicare, 1-855-905-3825 (TTY: 711) for Cal MediConnect. Care1st Health Plan (CA) complies with applicable State and Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of ancestry, religion, marital status, race, color, national origin, age, disability, sex/gender, gender identity, or sexual orientation.

If you believe that Care1st has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of ancestry, religion, marital status, race, color, national origin, age, disability, sex/gender, gender identity or sexual orientation, you can file a grievance. Grievances must be submitted to the Grievance Coordinator at Care1st Grievance Department within 60 calendar days from the time you have become aware of any alleged discrimination action.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone within 180 days from the date of the alleged discrimination at:

U.S. Department of Health and Human Services:

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Español (Spanish):

ATENCIÓN: Si usted habla un idioma diferente al español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-544-0088. (TTY: 711) para Medicare, 1-855-905-3825 (TTY: 711) para Cal MediConnect. Care1st Health Plan cumple con las leyes federales y estatales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de ascendencia, religión, estado civil, raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo/género, identidad de género u orientación sexual.

Si considera que Care1st no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo. Los reclamos deben enviarse al coordinador de reclamos del Departamento de Reclamos de Care1st, dentro de los 60 días calendario posteriores al momento en que haya tenido conocimiento de cualquier supuesto acto de discriminación.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services:

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

繁體中文 (Chinese):

注意：如果你會說中文以外的文字，語言援助服務，免費的是可供您使用。調用 1-800-544-0088. (TTY: 711) Medicare, 1-855-905-3825. (TTY: 711) Cal MediConnect. 第一健保(Care1st Health Plan)遵守相關的州和聯邦民權法律規定，不會因為族裔、宗教、婚姻狀態、種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾、性別、性別認同或性傾向而歧視任何人。

如果您認為第一健保(Care1st)沒有提供這些服務或因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而有其他方式的歧視，您可以提出申訴。您必須在察覺到任何歧視行為的 60 個曆日內向第一健保(Care1st) 申訴部門的申訴協調員提出申訴。投訴必須是書面，或口頭報告，包括您的姓名與地址。

您也可以向美國健康與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，只要前往民權投訴辦公室入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或寫信或打電話提出投，聯絡資訊：

U.S. Department of Health and Human Services:

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Mailing Address: Dirección postal: 郵寄地址： ATTN: Civil Rights Coordinator Grievances Department - Care1st Health Plan 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755	Telephone Number: Número de teléfono: 電話號碼： 1-844-883-2233 (TTY: 711), from 7am to 8pm, during Monday through Friday, de 7am a 8pm, de lunes a viernes, 週一至週五早上7至晚上8
Fax Number: Número de fax: 傳真號碼： 1-323-889-2228	Email Address: Dirección de correo electrónico: 電子郵件地址： CRC@care1st.com



IMPORTANT NOTE: To view important information on Non-Discrimination requirements, you can go to our website at <https://www.care1st.com/affordable-care-act.asp>. H5928_18_080_GEN_V6 Accepted H0148_18_025_GEN_V6 Accepted