

Դեղատոմսով դեղերի Լրացուցիչ օգնության ստուգաթերթ

Ձեր ԴԵՂԱՏՈՄՍՈՎ ԴԵՂԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ՎՃԱՐԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԻՐԱՎԱՍՈՒ ԼԻՆԵԼ «ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ» (EXTRA HELP) ԿՈՉՎՈՂ ԾՐԱԳՐԻ ՀԱՄԱՐ, ՈՐԸ ՆԱԵՎ ՀԱՅՏՆԻ Է ՈՐՊԵՍ ՑԱԾԻ ԵԿԱՄՏԻ ԼՐԱՎՃԱՐԻ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ:


Հնարավոր է, որ անցյալում ստացել եք
Լրացուցիչ օգնությունը ձեր համավճարի և/կամ
ապահովագնի համար վճարելու նպատակով, և
ցանկանում եք կրկին անդամագրվել այս ծրագրին:
Կամ, հնարավոր է, արդեն ստանում եք Լրացուցիչ
օգնություն, սակայն ձեր ծախսերն ավելի շատ են,
քան կարծում էիք: Ցանկացած դեպքում կարող
եք թարմացնել ստացվող Լրացուցիչ օգնության
քանակը՝ անցնելով վերաատեստավորում կոչվող
գործընթացը: Այս գործընթացից հետո դուք մեզ
կուղարկեք ձեր *Մատչելի լավագույն ապացույցի*
(BAE) պատճենները:


Վերաատեստավորում նշանակում է, որ մենք
օգտագործում ենք ձեր կողմից ուղարկած
տեղեկությունները, համոզվելու համար,
որ դուք դեռևս իրավասու եք Լրացուցիչ
օգնության համար: BAE-ն այն պարագաներն
են, որոնք սատարում են ձեր մասնակցությունը
ծրագրին: Մենք կփոխանցենք ձեր ուղարկած
տեղեկությունները Medi-Cal-ին / Medicare-ին:
Այնուհետև մենք կթարմացնենք ձեր կողմից
ստացվող Լրացուցիչ օգնության գումարը:


Ստորև նշված են այն կետերը, որոնք
ցույց են տալիս, որ դուք որակավորվում եք
Լրացուցիչ օգնության համար: Խնդրում ենք
ուղարկել ներքոնշյալ կետերից մեկի կամ
ավելիի պատճենները: Նշեք ձեր ուղարկած
փաստաթղթերն այս ցուցակում: **Կցեք ցուցակը,
երբ ուղարկում եք մեզ ձեր BAE-ն:**

- Medi-Cal քարտ, որի վրա նշաված է ձեր անունը և իրավասության ամսաթիվը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսվա ընթացքում:
- Նահանգային փաստաթուղթ, որը հաստատում է ձեր Medi-Cal ակտիվ կարգավիճակը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսվա ընթացքում:
- Սոցիալական ապահովության ադմինիստրացիայի (SSA) կողմից տրված պարզևի նամակ՝ լրիվ կամ մասնակի լրավճարի իրավասությունը որոշելու համար:
- Նահանգային էլեկտրոնային ֆայլի տպված պատճեն, որը ցույց է ձեր Medi-Cal կարգավիճակը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսվա ընթացքում:
- Նահանգային Medi-Cal համակարգից տպված պատճեն, որը ցույց է ձեր Medi-Cal կարգավիճակը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսվա ընթացքում:
- Այլ նահանգային փաստաթուղթ, որը ցույց է ձեր Medi-Cal կարգավիճակը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսվա ընթացքում:
- Նահանգային փաստաթուղթ, որը ցույց է տալիս, որը Medi-Cal-ը վճարում է կատարել ձեր անունից որևէ հաստատության ամբողջ ամսվա համար նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո:

- Նահանգային Medi-Cal համակարգից տպված պատճեն, որը ցույց է ձեր սահմանված կարգավիճակը՝ հիմնված առնվազն մեկ ամբողջ ամսվա վրա Medi-Cal վճարման նպատակով, նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսվա ընթացքում:
- Հաստատությունից ստացված վճարման անդորրագիր, որը ցույց է տալիս Medi-Cal-ի վճարումն ամբողջ ամսվա համար նախորդ օրացուցային տարվա հունիսից հետո:
- Նամակ Սոցիալական ապահովությունից առ այն, որ ստանում եք SSI:
- Դիմում իրավասուի կողմից, որը հաստատում է, որ նպաստառուն «...ավտոմանտ կերպով իրավասու է Լրացուցիչ օգնության համար»:
- Գործողության ծանուցում, Վճռի ծանուցում կամ Անդամագրման ծանուցում նահանգից, որը ցույց է տալիս ձեր անունը և HCBS (Տնային և համայնքային հիմունքով ծառայություններ) իրավասության ամսաթիվը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսվա ընթացքում:
- HCBS Սպասարկման ծրագիր նահանգից, որը ցույց է տալիս ձեր անունը և ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ սկսած նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսից:
- Նահանգից ստացված նախօրոք լիազորման հաստատման նամակ HCBS-ի համար, որը ցույց է տալիս ձեր անունը և ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ սկսած նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսից:
- Նահանգից ստացված այլ փաստաթղթեր, որոնք ցույց են տալիս HCBS իրավասության կարգավիճակը նախորդ օրացուցային տարվա հունիսը հաջորդող որևէ ամսվա ընթացքում:
- Նահանգից ստացված փաստաթուղթ, օրինակ վճարման անդորրագիր, որը հաստատում է վճարումը HCBS-ին և պարունակում է ձեր անունն ու ամսաթվերը HCBS-ի համար:

- 

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք «Medicare & You» (Medicare և ես) հրապարակումը [medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf) կայքում:
- 

Կամ տեսեք Medicare & Medicaid ծառայությունների կենտրոնների BAE էջը՝ [cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html) կայքում:
- 

Եթե հարցեր կամ փաստաթղթեր հանձնելու հարցում օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին՝ ձեր անդամի ID քարտի հետևում նշված անվճար հեռախոսահամարով: Հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը կարող եք զանգահարել մեզ շաբաթը յոթ օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: Ապրիլի 1-ից մինչև սեպտեմբերի 30-ը կարող եք զանգահարել մեզ երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: Աշխատանքային ժամերից հետո և դաշնային տոն օրերին կարող եք հաղորդագրություն թողնել:

Խտրականության բացառման ծանուցագիր

Խտրականությունը հակասում է օրենքին: Wellcare By Health Net-ը հետևում է նահանգային և դաշնային քաղաքացիական իրավունքների օրենքներին: Wellcare By Health Net-ը ապօրինի խտրականություն չի դնում, չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերվում նրանց՝ սեռի, ռասայի, գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային ծագման, Էթնիկական խմբի, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

Wellcare by Health Net-ը տրամադրում է.

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ օգնելու նրանց ավելի լավ հաղորդակցվել, ինչպես օրինակ՝
 - Ժեստերի լեզվի որակավորված թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկատվություն այլ ձևաչափերով (մեծ տառերով տպագիր, աուդիո, մատչելի Էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն մարդկանց, ում հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, ինչպես օրինակ՝
 - Որակավորված թարգմանիչներ
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկատվություն

Եթե ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, կապ հաստատեք Wellcare By Health Net-ի հետ՝ զանգահարելով **1-800-431-9007** հեռախոսահամարով: Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը մեզ կարող եք զանգահարել շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m. Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը կարող եք զանգահարել մեզ երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m. Հաղորդագրությունների համակարգն աշխատում է աշխատանքային ժամերից հետո և հանգստյան օրերին: Եթե չեք կարողանում լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել **TTY` 711**: Հարցման դեպքում այս փաստաթուղթը կարող է հասանելի լինել բրայլյան, մեծ տպագիր, աուդիո ձայներիզով կամ Էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով պատճեն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

Wellcare By Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-800-431-9007 (TTY` 711):

Ինչպես բողոք ներկայացնել

Եթե կարծում եք, որ Wellcare By Health Net-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ ապօրինի կերպով այլ կերպ խտրականություն է իրականացրել սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային ծագման, Էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի,

գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Անդամների սպասարկում: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ կամ Էլեկտրոնային եղանակով՝

- **Յեռախոսով.** Կապ հաստատեք Wellcare By Health Net-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ՝ զանգահարելով **1-866-458-2208** հեռախոսահամարով: Ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 5 p.m., երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Կամ, եթե չեք կարող լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել TTY՝ 711:
- **Գրավոր.** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **Անձամբ.** Այցելեք ձեր բժշկի գրասենյակ կամ Wellcare by Health Net-ի գրասենյակ և ասեք, որ ցանկանում եք բողոք ներկայացնել:
- **Էլեկտրոնային տարբերակով.** Այցելե՛ք՝ Wellcare by Health Net-ի կայքը՝ **wellcare.com/healthnetCA:**

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ – California-ի Առողջապահության ծառայությունների բաժին

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել California-ի Առողջապահական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ Էլեկտրոնային եղանակով.

- **Յեռախոսով.** Չանգահարեք **1-916-440-7370** հեռախոսահամարով: Եթե չեք կարողանում լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել **TTY՝ 711 (Telecommunications Relay Service):**
- **Գրավոր.** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝
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
Բողոքի ձևերը հասանելի են **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx** կայքում:
- **Էլեկտրոնային եղանակով.** Էլ. նամակ ուղարկե՛ք՝ **CivilRights@dhcs.ca.gov** Էլ.հասցեին:

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ – ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն

Եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ Էլեկտրոնային եղանակով.

- **Յեռախոսով.** Չանգահարեք **1-800-368-1019** հեռախոսահամարով: Եթե չեք կարողանում լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել՝ **TTY/TDD 1-800-537-7697:**

- Գրավոր. Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- **Էլեկտրոնային եղանակով.** Այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքների պորտալ՝ **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**:

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

Խտրականության բացառման ծանուցագիր

Խտրականությունը հակասում է օրենքին: Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health.-ի հետ համագործակցությամբ, հետևում է նահանգային և դաշնային քաղաքացիական իրավունքների օրենքներին: Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health.-ի հետ համագործակցությամբ, համապատասխանում է կիրառելի դաշնային քաղաքացիական իրավունքի օրենքների հետ և չի ցուցաբերում խտրականություն, բացառում մարդկանց կամ վերաբերվում նրանց այլ կերպ՝ հիմնվելով սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկ խմբերի հետ նույնականացման, տարիքի, հոգեկան հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային նույնականացման կամ սեռական կողմնորոշման հիման վրա:

Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health.-ի հետ համագործակցությամբ, տրամադրում է.

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ օգնելու նրանց ավելի լավ հաղորդակցվել, ինչպես օրինակ՝
 - Ժեստերի լեզվի որակավորված թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկատվություն այլ ձևաչափերով (մեծ տառերով տպագիր, աուդիո, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն մարդկանց, ում հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, ինչպես օրինակ՝
 - Որակավորված թարգմանիչներ
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկատվություն

Եթե ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, կապ հաստատեք Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health.-ի հետ համագործակցությամբ՝ զանգահարելով **1-833-236-2366** հեռախոսահամարով: Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը մեզ կարող եք զանգահարել շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m. Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը կարող եք զանգահարել մեզ երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից -ից 8 p.m. Հաղորդագրությունների համակարգն աշխատում է աշխատանքային ժամերից հետո և հանգստյան օրերին: Եթե չեք կարողանում լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել՝ **TTY` 711**: Հարցման դեպքում այս փաստաթուղթը կարող է հասանելի լինել բրայլյան, մեծ տպագիր, աուդիո ձայներիզով կամ էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով պատճեն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-833-236-2366 (TTY` 711):

Ինչպես բողոք ներկայացնել

Եթե կարծում եք, որ Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health.-ի հետ համագործակցությամբ, չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ ապօրինի կերպով այլ կերպ խտրականություն է իրականացրել սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային ծագման, էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Անդամների սպասարկում: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ կամ էլեկտրոնային եղանակով՝

- **Չեռախոսով.** Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health.-ի հետ համագործակցությամբ, Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ՝ զանգահարելով **1-866-458-2208**: Ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 5 p.m., երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Եթե չեք կարողանում լավ լսել կամ խոսել, ինդրում ենք զանգահարել՝ **TTY 711**:
- **Գրավոր.** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **Անձամբ.** Այցելեք ձեր բժշկի գրասենյակ կամ Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health.-ի հետ համագործակցությամբ, և ասեք, որ ցանկանում եք բողոք ներկայացնել:
- **Էլեկտրոնային տարբերակով.** Այցելեք Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health.-ի հետ համագործակցությամբ, կայքը՝ **wellcare.com/healthnetCA**:

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ – California-ի Առողջապահության ծառայությունների բաժին

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել California-ի Առողջապահական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- **Չեռախոսով.** Չանգահարեք **1-916-440-7370** հեռախոսահամարով: Եթե չեք կարողանում լավ խոսել կամ լսել, ինդրում ենք զանգահարել **TTY 711 (Telecommunications Relay Service)**:
- **Գրավոր.** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝
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
Բողոքի ձևերը հասանելի են **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx** կայքում:
- **Էլեկտրոնային եղանակով.** Էլ. նամակ ուղարկե՛ք՝ **CivilRights@dhcs.ca.gov** էլ.հասցեին:

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ – ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն

Եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- **Հեռախոսով.** Չանգահարեք **1-800-368-1019** հեռախոսահամարով: Եթե չեք կարողանում լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել՝ **TTY/TDD 1-800-537-7697**:
- **Գրավոր.** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Բողոքի ձևերը հասանելի են **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** կայքում:
- **Էլեկտրոնային եղանակով.** Այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքների պորտալ՝ **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**:

English: If you, or someone you are helping, need language services, call Toll-Free **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille, accessible PDF and large print, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا احتجت أنت أو شخص ما تقوم بمساعدته إلى خدمات لغوية، فاتصل بالرقم المجاني **1-833-236-2366** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبالطباعة الكبيرة وملفات PDF القابلة للوصول إليها. ولا تتحمل أنت أي تكلفة مقابل هذه الخدمات.

Armenian: Եթե ձեզ կամ որևէ մեկին, ում օգնում եք, հարկավոր են լեզվական ծառայություններ, զանգահարեք **1-833-236-2366** (TTY` **711**) անվճար հեռախոսահամարով: Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օգնականներ և ծառայություններ, ինչպիսիք են փաստաթղթերը բրայլի տառերով, հասանելի PDF և մեծ տառերով: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬ អ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយ ត្រូវការសេវាភាសាសូមទូរសព្ទទៅលេខគិតគិតថ្លៃតាមលេខ **1-833-236-2366** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ជា PDF ដែលអាចចូលប្រើបាន និង ជាពុម្ពអក្សរទំហំធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃចំពោះអ្នកនោះទេ។

Chinese Mandarin: 如果您或您帮助的人需要语言服务，请拨打免费电话 **1-833-236-2366** (TTY: **711**)。我们还为残障人士提供辅助工具和相关服务，如盲文文件、无障碍PDF文件和大号字体文件。您可以免费获得这些服务。

Chinese Cantonese: 如果您或您協助的人需要語言服務，請撥打免付費專線 **1-833-236-2366** (TTY: **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字、無障礙 PDF 和大字體印刷的文件。這些服務皆為免費。

Farsi: اگر شما یا فردی که به او کمک می‌کنید به خدمات زبان نیاز دارید، با خط رایگان **1-833-236-2366** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای ناتوانی، مانند مدارکی به زبان بریل، PDF قابل دسترسی، چاپ درشت، نیز در دسترس است. این خدمات به طور رایگان ارائه می‌شوند.

Hindi: यदि आपको, या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, भाषा सेवाओं की आवश्यकता है, तो टोल-फ्री **1-833-236-2366** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल में दस्तावेज़, एक्सेस योग्य PDF और बड़े प्रिंट भी उपलब्ध हैं. ये सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं.

Hmong: Yog tias koj, los sis ib tug neeg twg uas koj tab tom pab no, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, thov hu rau Tus Xov Tooj Hu Dawb **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj yuav muaj cov khoom pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv sau ua tus ntawv su, hom ntawv PDF uas siv tau thiab ntawv luam loj thiab. Koj yuav tsis tas tau them nqi rau cov kev pab cuam no li.

Japanese: あなたご自身や、あなたが介護をしている方が言語サービスを必要としている場合は、フリーダイヤル **1-833-236-2366** (TTY: **711**) にお電話ください。障がいをお持ちの方には、点字やアクセス可能な PDF、大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。これらのサービスは無料です。

Korean: 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 다른 사람이 언어 서비스가 필요한 경우, 수신자 부담 전화 **1-833-236-2366** (TTY: **711**) 번으로 연락하십시오. 점자, 액세스 가능한 PDF 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການດ້ານບໍລິການດ້ານພາສາ, ໂທຫາເບີໂທພຣີທີ່ **1-833-236-2366** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ, PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆສຳລັບທ່ານ.

Mien: Nangs goongv meih mah xi meih sangs wav laanh munh xamw nongc meih sangs blanc ndouz wac xangh munh wac, dings meih mbopr mal xoud sinh ndiinc wac **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Mbul i sangs sind naaih xaangd naaih nqumc dongz sind mal heis wav ndams munh, ganh nangw funl munh meic mbus ndangc, nyamh zongh doc xal haid beil PDF ganw ndangc luw lud. Sangs meih neiv ndams lu dei mal nongc sinh.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਉਸ ਵਅਕਤੀ ਨੂੰ, ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਭਾਸ਼ਾ ਸੰਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ **1-833-236-2366** (TTY: **711**)। ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਵੈੱਬ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਆਕਾਰ ਵੈੱਬ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਵੈੱਬ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

Russian: Если вам или лицу, которому вы помогаете, требуются услуги перевода, позвоните по бесплатному номеру **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля либо опубликованные в доступном формате PDF. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, necesita servicios lingüísticos, llame gratis al **1-833-236-2366** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille, formato PDF accesible y letra grande. Estos servicios se proporcionan sin costo alguno para usted.

Tagalog: Kung kayo o ang tinutulungan ninyo ay nangangailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag nang Toll-Free sa **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille, accessible na PDF at malaking print. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyonang ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลืออยู่ต้องการบริการด้านภาษา โปรดติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ที่ **1-833-236-2366** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์, PDF ที่เข้าถึงได้ และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ พร้อมให้บริการ โดยคุณไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เพื่อใช้บริการเหล่านี้

Ukrainian: Якщо ви, або хтось, кому ви допомагаєте, має потребу в мовних послугах, зверніться на безкоштовну телефонну лінію за номером **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Сервіси та послуги доступні для з людей з обмеженими можливостями, всі документи доступні шрифтом Брайля, а також у форматі PDF із збільшеним розміром шрифту. Всі ці послуги цілком безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi Số điện thoại miễn phí **1-833-236-2366** (TTY: **711**). Chúng tôi cũng cung cấp các dịch vụ và hỗ trợ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi, bản PDF và bản in cỡ lớn dễ đọc. Các dịch vụ này được cung cấp miễn phí cho quý vị.