

# Перечень документов, подтверждающих право на льготы программы «Дополнительная помощь» для оплаты лекарств по рецепту

.....

## **ВЫ МОЖЕТЕ ИМЕТЬ ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ «ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОМОЩЬ» (EXTRA HELP), КОТОРУЮ ТАКЖЕ НАЗЫВАЮТ СУБСИДИЕЙ ДЛЯ ЛИЦ С НИЗКИМ ДОХОДОМ, ПРИ ОПЛАТЕ РАСХОДОВ НА ЛЕКАРСТВА ПО РЕЦЕПТУ.**

Возможно, вы уже участвовали в этой программе, которая покрывала ваши доплаты и/или страховые взносы, и хотели бы снова стать ее участником. Или вы уже получаете помощь по программе «Дополнительная помощь», но ваши расходы выше, чем вы предполагали. В любом случае вы можете предоставить актуальные данные для определения причитающейся вам по праву суммы помощи по этой программе, пройдя процедуру, называемую «повторной сертификацией». Для этого вам необходимо отправить нам копии ваших наилучших имеющихся доказательств (BAE).

Повторная сертификация означает, что мы используем присланную вами информацию, чтобы убедиться, что вы по-прежнему имеете право на участие в программе «Дополнительная помощь». BAE — это данные, подтверждающие ваше право на участие в программе. Мы передадим присланную вами информацию в программы Medi-Cal и/или Medicare. После этого мы сможем установить правильный размер помощи по программе «Дополнительная помощь», которая вам полагается.


Перечень документов, подтверждающих право на участие в программе «Дополнительная помощь», приведен ниже. Отправьте копию одного или нескольких документов из списка. Отметьте в перечне, какие документы вы отправили.


**Обязательно отправьте нам этот перечень вместе с BAE.**

- Карта участника программы Medi-Cal, на которой указаны ваше имя и дата получения права на участие в программе в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Копия выданного штатом документа, подтверждающего ваш статус активного участника программы Medi-Cal в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Письмо о назначении пособия от Управления социального обеспечения (SSA), на основании которого будет определяться размер субсидии (полная или частичная).
- Распечатка из вашего электронного дела в базе данных штата, подтверждающая ваш статус участника программы Medi-Cal в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Распечатка из системы программы Medi-Cal штата, в которой указан ваш статус участника программы Medi-Cal в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Другие выданные штатом документы, в которых указан ваш статус участника программы Medi-Cal в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Выданный штатом документ, подтверждающий выполнение программой Medi-Cal от вашего имени оплаты в пользу организации за полный календарный месяц после июня предыдущего календарного года.

- Распечатка из системы Medi-Cal штата, подтверждающая ваш статус лица, проживающего в учреждении, на основании оплаты Medi-Cal минимум одного полного календарного месяца пребывания в учреждении в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Документ, выданный учреждением, который подтверждает платежи программы Medi-Cal за полный календарный месяц обслуживания в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Письмо Управления социального обеспечения, подтверждающее получение вами дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSI).
- Заявление от лица, соответствующего критериям автоматического участия в программе, в котором подтверждается, что получатель покрытия автоматически наделяется правом на участие в программе «Дополнительная помощь».
- Уведомление о принятом решении, уведомление о решении в отношении покрытия или уведомление о регистрации в программе от штата, в котором указаны ваше имя и дата получения права на услуги на дому и по месту жительства (HCBS) в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- План услуг HCBS от штата, в котором указаны ваше имя и дата начала обслуживания в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Письмо, подтверждающее предварительное разрешение штата на услуги HCBS, в котором указаны ваше имя и дата начала обслуживания в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Другие выданные штатом документы, подтверждающие ваше право на услуги HCBS в течение месяца после июня предыдущего календарного года.
- Выданный штатом документ, например копия платежного поручения, подтверждающий платеж за услуги HCBS, в котором указаны ваше имя и даты получения услуг HCBS.

 Более подробную информацию см. в документе «Medicare и вы» (Medicare & You), который доступен по ссылке [medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf).

 Или см. страницу сайта Центров служб Medicare и Medicaid, посвященную БАЕ: [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).

 Если у вас есть вопросы или вам необходима помощь в предоставлении документов, позвоните в отдел обслуживания участников по бесплатному номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной (ID) карты участника. С 1 октября по 31 марта вы можете звонить нам с 8 а.м. до 8 р.м. в любой день недели, а с 1 апреля по 30 сентября — с 8 а.м. до 8 р.м. с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение.

## **Уведомление о недопущении дискриминации**

Дискриминация запрещена законом. Компания Wellcare By Health Net соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. Компания Wellcare By Health Net не допускает незаконной дискриминации людей, не отказывает им в обслуживании и предоставляет одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Компания Wellcare By Health Net предоставляет:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
  - Услуги квалифицированных переводчиков жестового языка
  - Печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, прочие форматы)
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, в том числе:
  - Услуги квалифицированных устных переводчиков
  - Письменные переводы материалов и документов на другие языки

Если вам нужны эти услуги, обращайтесь в компанию Wellcare By Health Net по номеру **1-800-431-9007**. С 1 октября по 31 марта вы можете звонить нам в любой день недели с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября вы можете звонить нам с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. В нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники работает автоответчик. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**. По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

**Wellcare By Health Net**  
**21281 Burbank Blvd.**  
**Woodland Hills, CA 91367**  
**1-800-431-9007 (TTY: 711)**

## **Порядок подачи претензии**

Если вы считаете, что компания Wellcare By Health Net не предоставила указанные услуги или с ее стороны имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать претензию в отдел обслуживания участников плана. Претензию можно подать по телефону, письменно, лично или в электронном виде:

- **По телефону:** свяжитесь с координатором Wellcare By Health Net по вопросам прав граждан по номеру **1-866-458-2208**. С 8 а.м. до 5 р.м. с понедельника по пятницу. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером ТТУ: 711.
- В письменной форме: заполните форму для подачи жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу:  
**Wellcare Civil Rights Coordinator**  
**P.O. Box 9103**  
**Van Nuys, CA 91409-9103**
- **Лично:** обратитесь в приемную своего врача или в компанию Wellcare By Health Net и сообщите, что вы хотите подать претензию.
- **В электронном виде:** посетите веб-сайт компании Wellcare By Health Net по адресу **wellcare.com/healthnetCA**.

### **Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения штата California**

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата California по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-916-440-7370**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **ТТУ 711 (служба коммутируемых сообщений)**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
**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**  
 Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте  
**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**.
- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

### **Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения и социальных служб США**

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола или ограниченных возможностей, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **ТТУ/TDD 1-800-537-7697**.

- В письменной форме: заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:

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

- **В электронном виде:** посетите портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу <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: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក 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.



## **Уведомление о недопущении дискриминации**

Дискриминация запрещена законом. Компания Wellcare By Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health соблюдает требования законодательства штата и федерального законодательства о гражданских правах. Компания Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health не допускает незаконной дискриминации людей, не отказывает им в обслуживании и предоставляет одинаковый уровень обслуживания всем людям независимо от пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста, психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации.

Компания Wellcare By Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health предоставляет:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями с целью облегчения коммуникации, в том числе:
  - Услуги квалифицированных переводчиков жестового языка
  - Печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, аудио, электронные форматы с поддержкой специальных возможностей, прочие форматы)
- Бесплатные услуги перевода людям, для которых английский язык не является родным, в том числе:
  - Услуги квалифицированных устных переводчиков
  - Письменные переводы материалов и документов на другие языки

Если вам нужны эти услуги, обращайтесь в компанию Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health по номеру **1-833-236-2366**. С 1 октября по 31 марта вы можете звонить нам в любой день недели с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября вы можете звонить нам с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. В нерабочее время, в выходные дни и государственные праздники работает автоответчик. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**. По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронном формате. Чтобы получить копию документа в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

**Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health**

**21281 Burbank Blvd.**

**Woodland Hills, CA 91367**

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

## **Порядок подачи претензии**

Если вы считаете, что компания Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health не предоставила указанные услуги или с ее стороны имела место иная незаконная дискриминация по признаку пола, расовой принадлежности, цвета кожи, религии, социального и национального происхождения, этнической принадлежности, возраста,

психической или физической недееспособности, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной идентичности или сексуальной ориентации, вы можете подать претензию в отдел обслуживания участников плана. Претензию можно подать по телефону, письменно, лично или в электронном виде:

- **По телефону:** свяжитесь с координатором Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health по вопросам прав граждан по номеру **1-866-458-2208**. С 8 a.m. до 5 p.m. с понедельника по пятницу. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу:  
**Wellcare Civil Rights Coordinator**  
**P.O. Box 9103**  
**Van Nuys, CA 91409-9103**
- **Лично:** обратитесь в приемную своего врача или в компанию Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health и сообщите, что вы хотите подать претензию.
- **В электронном виде:** посетите веб-сайт компании Wellcare By Health Net in partnership with CalViva Health по адресу **wellcare.com/healthnetCA**.

### **Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения штата California**

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения штата California по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-916-440-7370**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY 711 (служба коммутируемых сообщений)**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
**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**  
Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте  
**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**
- **В электронном виде:** отправьте электронное письмо по адресу **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

### **Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения и социальных служб США**

Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола или ограниченных возможностей, вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб

США по телефону, в письменной форме или в электронном виде:

- **По телефону:** позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Лица с нарушениями слуха и речи могут воспользоваться номером **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **В письменной форме:** заполните форму для подачи жалобы или отправьте письмо по адресу:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Формы для подачи жалоб можно найти на веб-сайте  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.
- **В электронном виде:** посетите портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу **<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 Related 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 ਵਅਿਕਤੀ 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.