

Wellcare By Health Net

اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

این اطلاعیه توضیح می‌دهد که اطلاعات پزشکی مربوط به شما چگونه ممکن است مورد استفاده و افشا قرار گیرد و همچنین چگونه می‌توانید به این اطلاعات دسترسی داشته باشید. لطفاً آن را به‌دقت مرور کنید.

اجرای از 1/1/2027

برای دریافت کمک در زمینه ترجمه یا درک این سند، لطفاً با 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711).

وظایف نهاد تحت پوشش:

Wellcare By Health Net یک نهاد مشمول محسوب می‌شود که طبق «قانون قابلیت انتقال و مسئولیت‌پذیری بیمه سلامت سال 1996» (HIPAA) تعریف شده و تحت مقررات آن قرار دارد. طبق قانون، شرکت Wellcare By Health Net ملزم است که حریم خصوصی اطلاعات پزشکی محافظت‌شده‌ی (PHI) شما را حفظ کند، این اطلاعیه را در خصوص وظایف قانونی و رویه‌های حریم خصوصی مرتبط با PHI به شما ارائه دهد، مفاد اطلاعیه‌ی جاری را رعایت کند و در صورت وقوع هرگونه نشت اطلاعاتی در خصوص PHI نالایمن شما، مراتب را به اطلاع‌تان برساند.

این اطلاعیه روش استفاده و افشای PHI شما را به اطلاع شما می‌رساند. حقوق دسترسی، اصلاح و مدیریت PHI و روش استفاده از این حقوق نیز در این اطلاعیه بیان شده است. دیگر موارد استفاده و افشای PHI که در این اطلاعیه ذکر شده است، فقط با مجوز کتبی شما امکان‌پذیر است.

حق تغییر این اطلاعیه برای Wellcare By Health Net محفوظ است. حق اعمال اصلاحات و تغییرات در اطلاعیه برای PHI قبلی شما که از قبل داریم و هرگونه PHI که در آینده دریافت خواهیم کرد، نزد ما محفوظ است. در صورت اعمال هرگونه تغییر اساسی در بخش‌های زیر، Wellcare By Health Net بلافاصله اطلاعیه را اصلاح و دوباره منتشر می‌کند:

- موارد استفاده یا افشا.
- حقوق شما.
- وظایف قانونی ما.
- روال‌های حفظ حریم خصوصی ذکر شده در این اطلاعیه.

تمامی اطلاعیه‌های اصلاح‌شده از طریق وبسایت ما یا با ارسال نامه جداگانه در اختیار شما قرار می‌گیرند.

محافظت‌های داخلی PHI شفاهی، مکتوب و الکترونیکی:

Wellcare By Health Net از PHI شما محافظت می‌کند. ما همچنین متعهد هستیم که اطلاعات نژاد، قومیت و زبان (REL) و گرایش جنسی و هویت جنسی (SOGI) شما را محرمانه نگه داریم. در این زمینه روال‌های رازداری و امنیتی در نظر گرفته شده است.

برخی از روش‌های محافظت از PHI عبارتند از:

- ما کارکنان خود را در زمینه رعایت روال‌های رازداری و امنیتی آموزش داده‌ایم.

- ما همکاران حرفه‌ای خود را ملزم به رعایت روال‌های رازداری و امنیتی کرده‌ایم.
- ما امنیت دفترهای خود را حفظ می‌کنیم.
- PHI شما فقط برای اهداف تجاری در اختیار افرادی که به آن نیاز دارند، قرار می‌گیرد.
- ما امنیت PHI را در فرایند ارسال یا ذخیره‌سازی الکترونیکی آن تامین می‌کنیم.
- ما از فناوری برای جلوگیری از دسترسی غیرمجاز به PHI استفاده می‌کنیم.

موارد افشا و استفاده مجاز PHI:

در موارد زیر ممکن است PHI را بدون آگاهی یا مجوز شما استفاده یا افشا کنیم:

- **درمان** — ما ممکن است از PHI شما استفاده کنیم یا آن را در اختیار پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی که به شما درمان ارائه می‌دهند قرار دهیم، تا درمان شما را در میان ارائه‌دهندگان مختلف هماهنگ کنند، یا به ما در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مجوز قبلی مرتبط با مزایای بیمه‌تان کمک کنند.
- **پرداخت** — ما ممکن است با هدف پرداخت مزایای مربوط به خدمات درمانی ارائه‌شده به شما، از PHI شما استفاده کرده و آن را افشا کنیم. امکان افشای PHI شما به دیگر طرح‌های بیمه سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی یا نهادهای دیگر مشمول قوانین فدرال حریم خصوصی، برای امور پرداخت وجود دارد. فعالیت‌های پرداختی می‌تواند شامل رسیدگی به مطالبات، تعیین صلاحیت یا پوشش مطالبات و بررسی خدمات برای نیازهای پزشکی باشد.
- **عملیات درمانی** — ما ممکن است از PHI شما برای انجام عملیات درمانی‌مان، استفاده کرده و آن را افشا کنیم. این فعالیت‌ها ممکن است شامل ارائه خدمات به مشتریان، پاسخگویی به شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر و ارائه مدیریت مراقبت و هماهنگی مراقبت باشد.

در حوزه عملیات درمانی، امکان افشای PHI به همکاران حرفه‌ای وجود دارد. برای محافظت از حریم خصوصی PHI شما، با این همکاران قراردادهای کتبی خواهیم بست. ممکن است PHI شما را در اختیار دیگر نهادهای مشمول قوانین فدرال حریم خصوصی نیز قرار دهیم. البته برای عملیات درمانی، این نهادها باید یک ارتباط حرفه‌ای با شما داشته باشند. مثلاً:

- ارزیابی کیفیت و فعالیت‌های بهسازی.
- بازبینی صلاحیت یا مدارک کارشناسان خدمات درمانی.
- مدیریت پرونده و هماهنگی مراقبت.
- شناسایی موارد تقلب و بدرفتاری درمانی و جلوگیری از آنها.

نژاد، قومیت، زبان، گرایش جنسی و هویت جنسی شما توسط سیستم‌ها و قوانین طرح سلامت، محافظت می‌شود. این بدان معناست که اطلاعات ارائه‌شده توسط شما خصوصی و امن است. این اطلاعات را فقط می‌توانیم با ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به اشتراک بگذاریم. بدون اجازه یا مجوز شما، این اطلاعات با دیگران به اشتراک گذاشته نخواهد شد. ما از این اطلاعات برای کمک به بهبود کیفیت مراقبت و خدمات شما استفاده می‌کنیم.

این اطلاعات به ما کمک می‌کند تا:

- نیازهای خدمات درمانی شما را بهتر درک کنیم.
- بدانیم که هنگام مراجعه به ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، چه زبانی را ترجیح می‌دهید.
- اطلاعات مراقبتی و درمانی را برای برآورده‌سازی نیازهای مراقبتی شما ارائه دهیم.
- برنامه‌هایی را ارائه دهیم که به شما کمک کند در سالم‌ترین حالت خود باشید.

این اطلاعات برای مقاصد پذیرش‌نویسی یا تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا شما قادر به دریافت پوشش یا خدمات هستید یا خیر، استفاده نمی‌شود.

- **موارد افشای طرح سلامت گروهی / حامی مالی طرح** — ما ممکن است PHI شما را در اختیار حامی مالی طرح سلامت گروهی، مانند کارفرما یا دیگر نهادهای ارائه‌دهنده برنامه خدمات درمانی قرار دهیم، مشروط بر اینکه این حامی مالی،

محدودیت‌های خاص مربوط به روش استفاده یا افشای اطلاعات درمانی محافظت‌شده (مانند خودداری از استفاده اطلاعات درمانی محافظت‌شده برای امور یا تصمیم‌های مرتبط با اشتغال) را پذیرفته باشد.

دیگر موارد افشای مجاز یا الزامی PHI شما:

- **جمع‌آوری کمک مالی** — ما ممکن است PHI شما را برای جمع‌آوری کمک مالی، مثلاً گردآوری کمک برای موسسات خیریه یا نهادهای مشابهی که نیازمند کمک هستند، مورد استفاده قرار دهیم یا افشا کنیم. اگر برای فعالیت‌های جمع‌آوری کمک‌های مالی با شما تماس بگیریم، این اختیار را به شما خواهیم داد که از دریافت چنین پیام‌هایی در آینده انصراف دهید یا آن را متوقف کنید.
- **اهداف ارزیابی بیمه‌ای** — ما ممکن است برای اهداف ارزیابی بیمه، مانند تصمیم‌گیری درباره تقاضا یا درخواست پوشش بیمه، از PHI شما استفاده کنیم یا آن را افشا کنیم. اگر بخواهیم PHI شما را برای اهداف ارزیابی بیمه‌ای استفاده یا افشا کنیم، مجاز به استفاده یا افشای آن بخش از PHI که به ژنتیک شما مربوط می‌شود، نخواهیم بود.
- **یادآوری نوبت / درمان‌های جایگزین** — ما ممکن است از PHI شما را برای یادآوری نوبت قرار ملاقات خدمات درمانی و پزشکی یا برای ارائه اطلاعات درباره گزینه‌های درمانی جایگزین یا سایر مزایا و خدمات بهداشتی، مثلاً اطلاعات مربوط به روش کاهش وزن یا ترک سیگار، استفاده کرده و آن را افشا کنیم.
- **طبق الزامات قانونی** — اگر قوانین فدرال، ایالتی و/یا محلی مستلزم استفاده یا افشای اطلاعات PHI شما باشد، ممکن است اطلاعات PHI شما را تا آنجا که استفاده یا افشای آن با چنین قوانینی مطابقت داشته باشد و صرفاً به الزامات همان قوانین محدود شود، استفاده یا افشا کنیم. اگر دو یا چند قانون یا مقررات حاکم بر یک استفاده یا افشای مشابه با یکدیگر در تناقض باشند، ما از قوانین یا مقررات سخت‌گیرانه‌تر تبعیت خواهیم کرد.
- **فعالیت‌های بهداشت عمومی** — ما ممکن است PHI شما را با هدف پیشگیری یا کنترل موارد بیماری، مصدومیت یا معلولیت، در اختیار یک مرجع بهداشت عمومی قرار دهیم. ما ممکن است PHI شما را به Food and Drug Administration (FDA) افشا کنیم تا از کیفیت، ایمنی یا اثربخشی محصولات یا خدمات تحت حوزه قضایی FDA اطمینان حاصل شود. این شامل سوابق SUD نیز می‌شود.
- **قریبانیان بدرفتاری و سهل‌انگاری** — ما ممکن است PHI شما را در اختیار نهادهای دولتی محلی، ایالتی یا فدرال، شامل خدمات اجتماعی یا نهادهای خدمات حمایتی که طبق قانون مجاز به دریافت این اطلاعات هستند، قرار دهیم، اگر شواهد و دلایل موجهی داشته باشیم که مسئله بدرفتاری، سهل‌انگاری یا خشونت خانگی مطرح باشد.
- **رسیدگی‌های قضایی و اداری** — ممکن است در روند پاسخگویی به یک دستور اداری یا حکم دادگاه، PHI شما را افشا کنیم. همچنین ممکن است از ما خواسته شود که PHI شما را برای پاسخ به احضاریه، درخواست کشف مدارک یا سایر درخواست‌های مشابه افشا کنیم.
- **اجرای قانون** — در صورت لزوم ممکن است که ما در راستای پاسخگویی به یک جرم، PHI مربوطه شما را در اختیار نهادهای مجری قانون قرار دهیم.
- **بخش 2 (سوابق اختلال مصرف مواد)** — اگر سوابق بخش 2 شما را دریافت یا پردازش کنیم، بدون حکم دادگاه یا اجازه کتبی شما، و پس از اطلاع قبلی و فراهم شدن فرصت استماع برای شما، از آن سوابق برای هیچگونه اقدام مدنی، کیفری، اداری یا قانونی علیه شما استفاده یا آنها را افشا نخواهیم کرد.
- **پزشکان قانونی، بازرسانی پزشکی و مدیران مراسم کفن و دفن** — ممکن است PHI شما را به پزشک قانونی یا بازرس پزشکی افشا کنیم. این اقدام ممکن است مثلاً برای تعیین دلیل مرگ ضروری باشد. در صورت لزوم ممکن است PHI را در اختیار مدیران مراسم کفن و دفن، برای ایفای وظایف مرتبط، قرار دهیم.

- **اهدای عضو، چشم و بافت** – ممکن است PHI شما را در اختیار سازمان‌های تهیه و پیوند عضو قرار بگیرد. PHI شما همچنین ممکن است به اشخاص فعال در زمینه تأمین، نگهداری یا پیوند عضو، چشم و بافت‌های جسدی قرار دهیم.
- **تهدیدهای بهداشتی و ایمنی** – ممکن است PHI شما را افشا کنیم، اگر بنا به دلایل موجهی تشخیص دهیم که استفاده یا افشای آن برای پیشگیری یا کاهش احتمال بروز خطرات جدی بهداشتی یا ایمنی تهدیدکننده فرد یا جامعه ضروری است.
- **کارکردهای ویژه دولتی** – اگر عضو نیروهای مسلح ایالات متحده باشید، ممکن است PHI شما را طبق الزامات مقامات فرماندهی نظامی افشا کنیم. همچنین ممکن است PHI شما را به مقامات مجاز فدرال برای مسائل امنیت ملی، فعالیت‌های اطلاعاتی، وزارت امور خارجه برای ارزیابی صلاحیت‌های پزشکی، حفاظت از رئیس‌جمهور و سایر افراد مجاز که قانون الزام کند، افشا کنیم.
- **غرامت کارگر** – برای اجرای قوانین مربوط به غرامت کارگر یا دیگر برنامه‌های مشابه قانونی که مزایای خاصی بابت صدمات یا بیماری‌های ناشی از کار -صرف‌نظر از تفصیل- در نظر می‌گیرند، PHI ممکن است افشا شود.
- **شرایط اضطراری** – در شرایط اضطراری یا در صورتی که محجور یا غایب باشید، ممکن است PHI شما را در اختیار بستگان، دوستان نزدیک، نهادهای امدادرسانی مجاز یا هر شخص دیگری که قبلاً مشخص کرده‌اید قرار دهیم. برای اینکه تشخیص دهیم آیا این افشا به نفع شما هست یا خیر، از قضاوت و تجربه حرفه‌ای کمک می‌گیریم. اگر افشا به صلاح شما باشد، فقط آن PHI را که مستقیماً به مشارکت آن شخص در روند مراقبت از شما مربوط می‌شود افشا می‌کنیم.
- **زندانیان** – اگر زندانی یک مرکز اصلاح و تربیت یا تحت بازداشت یکی از نهادهای مجری قانون باشید، ما ممکن است اطلاعات PHI شما را به آن مرکز یا مأمور تحویل دهیم، البته، اگر این اطلاعات برای ارائه خدمات درمانی به شما، محافظت از سلامت یا ایمنی شما یا دیگران یا حفظ ایمنی و امنیت مرکز اصلاح و تربیت ضروری باشد.
- **تحقیقات** – در شرایط خاص، ممکن است اطلاعات PHI شما را در اختیار پژوهشگرانی قرار دهیم که طرح پژوهشی بالینی آن‌ها به تأیید رسیده باشد و تدابیر حفاظتی مشخصی برای تضمین حریم خصوصی و حفاظت از اطلاعات PHI شما اتخاذ شده باشد.

موارد استفاده و افشای PHI که به مجوز کتبی شما نیاز دارد

به‌استثنای شرایط خاص، برای استفاده یا افشای PHI در کاربردهای زیر به مجوز کتبی شما نیاز داریم:

- **فروش PHI** – پیش از هر مورد افشا که فروش PHI محسوب شود، یعنی بابت افشای این‌چنینی PHI به ما پول پرداخت شود، مجوز کتبی شما را درخواست خواهیم کرد.
 - **بازاریابی** – ما مجوز کتبی شما را برای استفاده یا افشای PHI در کاربردهای بازاریابی به‌استثنای شرایط خاص مانند ارتباطات بازاریابی رو در رو با شما یا ارائه هدایای تبلیغاتی کم‌ارزش، درخواست خواهیم کرد.
 - **یادداشت‌های روان‌درمانی** – ما مجوز کتبی شما را برای استفاده یا افشای یادداشت‌های روان‌درمانی موجود در پرونده، به‌استثنای شرایط خاص مانند درمان‌های خاص، پرداخت وجه یا کاربردهای عملیاتی مراقبت سلامت درخواست خواهیم کرد.
- شما این حق را دارید که در هر زمانی مجوز خود را به صورت کتبی لغو کنید، مگر تا جایی که ما قبلاً از PHI شما بر اساس آن مجوز اولیه استفاده کرده یا آن را افشا کرده باشیم.

حقوق افراد

در زمینه PHI، حقوق زیر برای شما محفوظ است. در صورت تمایل به استفاده از هریک از حقوق زیر، با ما از طریق اطلاعات مندرج در انتهای این اطلاعیه تماس بگیرید.

- **حق درخواست محدودیت** — شما حق دارید که اعمال محدودیت بر استفاده و افشای PHI خود در زمینه‌های درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت بهداشتی و نیز افشای PHI نزد افراد مرتبط با فرآیند مراقبت یا پرداخت هزینه درمان، مانند اعضای خانواده یا دوستان نزدیکتان را درخواست کنید. محدودیت‌های موردنظر و افرادی که مشمول این محدودیت‌ها می‌شوند، باید در درخواست قید شود. ما الزامی برای پذیرش این درخواست نداریم. اگر این درخواست را بپذیریم، محدودیت‌های موردنظر شما را اعمال می‌کنیم، مگر اینکه این اطلاعات برای ارائه خدمات درمانی اورژانسی ضروری باشد. البته اگر شما هزینه خدمت یا کالا را شخصاً و از جیب خود پرداخت کرده باشید، استفاده یا افشای اطلاعات برای امور پرداخت وجه یا عملیات مراقبت بهداشتی مشمول محدودیت خواهد شد.
- **حق درخواست ارتباطات محرمانه** — شما حق دارید درخواست کنید که ما درخصوص PHI شما از روش‌های ارتباطی جایگزین یا در محل‌های جایگزین با شما مکاتبه یا ارتباط برقرار کنیم. این حق فقط در صورتی اعمال می‌شود که خودداری از انتقال اطلاعات به روش‌های جایگزین یا به مکان موردنظر شما، باعث به خطر افتادن جان شما شود. تشریح دلیل این درخواست ضروری نیست ولی باید ذکر کنید که اگر روش ارتباط یا محل برقراری ارتباط تغییر نکند، اطلاعات می‌تواند شما را در معرض خطر قرار دهد. ما موظفیم درخواست شما را در صورتی که منطقی باشد و روش یا محل جایگزینی را ذکر کند که PHI شما باید به آن ارسال شود، اجرا کنیم.
- **حق دسترسی و دریافت رونوشت PHI** — شما، با استثنای محدود، این حق را دارید که PHI خود را که در مجموعه سوابق تعیین‌شده نگهداری می‌شود، مشاهده کنید یا نسخه‌ای از آن دریافت کنید. می‌توانید خواستار دریافت رونوشت در قالب‌هایی غیر از فتوکپی شوید. ما از قالب یا فرمتی که شما درخواست کنید استفاده خواهیم کرد، مگر این‌که انجام آن در عمل امکان‌پذیر نباشد. برای دسترسی به PHI خود باید کتباً درخواست دهید. اگر درخواست‌تان را رد کنیم، یک توضیح کتبی به شما ارائه خواهیم کرد و به شما اطلاع می‌دهیم که آیا دلایل رد درخواست قابل بازبینی هستند یا خیر. ما نحوه درخواست برای چنین بازبینی یا عدم امکان بازبینی رد درخواست را به شما اطلاع خواهیم داد.
- **حق اصلاح PHI** — اگر تشخیص دهید که PHI شما حاوی اطلاعات نادرست است، شما حق دارید خواستار اصلاح یا تغییر آن شوید. درخواست شما باید کتبی و حاوی دلیل ضرورت اصلاح اطلاعات باشد. ما می‌توانیم درخواست شما را، به دلایل مختلف، رد کنیم، مثلاً اگر ما سازنده اطلاعات موردنظر شما برای اصلاح باشیم یا ایجادکننده PHI خود می‌تواند کار اصلاح اطلاعات را انجام دهد. اگر درخواست شما را رد کنیم، به شما کتباً توضیح ارائه می‌کنیم. می‌توانید مخالفت خود با تصمیم ما را کتباً به ما اعلام کنید. ما نامه مخالفت شما را به PHI که خواستار اصلاح آن شده‌اید پیوست می‌کنیم. اگر درخواست شما برای اصلاح اطلاعات را بپذیریم، تلاش‌های معقولی خواهیم کرد که موضوع اصلاح اطلاعات را به آگاهی دیگران، از جمله افرادی که شما نام می‌برید، برسانیم و این تغییرات را در نوبت‌های بعدی افشای آن اطلاعات اعمال کنیم.
- **حق دریافت گزارش موارد افشا** — حق دارید که فهرستی از موارد افشای 6 سال گذشته را که از طرف ما یا همکاران تجاری ما از اطلاعات PHI شما صورت گرفته است، دریافت کنید. این شامل موارد افشای مربوط به امور درمان، پرداخت، عملیات مراقبت بهداشتی یا افشاهای دارای مجوز و فعالیت‌های خاص دیگر نمی‌شود. اگر در یک بازه 12 ماهه بیش از یک بار چنین درخواستی ارائه کنید، ممکن است بابت پاسخ‌گویی به درخواست‌های بعدی از شما کارمزد معقول و متناسب با هزینه مطالبه کنیم. هنگام ارائه درخواست، اطلاعات بیشتری درباره مبلغ کارمزد به شما ارائه می‌شود.
- **حق طرح شکایت** — اگر احساس می‌کنید که حریم خصوصی شما نقض شده یا ما روال‌های حفظ حریم خصوصی خود را نقض کرده‌ایم، می‌توانید شکایت خود را کتبی یا تلفنی از طریق اطلاعات تماس مندرج در انتهای این اطلاعیه ثبت کنید.

شما همچنین می‌توانید شکایت خود را نزد وزیر وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی، با ارسال نامه به نشانی 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 یا با تماس تلفنی به شماره **1-800-368-1019** (TTY: 1-800-537-7697) یا مراجعه به پایگاه اینترنتی **hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/** ثبت کنید.

ما به‌خاطر شکایت‌تان هیچ اقدامی علیه شما انجام نخواهیم داد.

- **حق دریافت رونوشت این اطلاعیه** — در هر زمان می‌توانید رونوشت این اطلاعیه را از طریق اطلاعات تماس مندرج در انتهای این اطلاعیه درخواست کنید. در صورت دریافت این اطلاعیه در وبسایت ما یا از طریق پست الکترونیکی (ایمیل)، همچنان حق دارید یک نسخه کاغذی از اطلاعیه را درخواست کنید.

اطلاعات تماس

سوالات در مورد این اطلاعیه: اگر در مورد این اعلامیه، شیوه‌های حفظ حریم خصوصی ما در رابطه با PHI خود یا نحوه اعمال حقوق خود سوالی دارید، می‌توانید با استفاده از اطلاعات تماس فهرست شده در زیر به صورت کتبی یا تلفنی با ما تماس بگیرید.

Wellcare By Health Net
Attn: Privacy Official
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420
شماره تلفن رایگان
(TTY: 711) 1-800-431-9007

اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض خلاف قانون است. Wellcare By Health Net از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Wellcare By Health Net بر مبنای جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، قومیت، ملیت، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت سلامت، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا تمایلات جنسی، افراد را برخلاف قانون مورد تبعیض قرار نمیدهد یا با آن‌ها رفتار متفاوتی ندارد.

Wellcare By Health Net موارد زیر را ارائه میدهد:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت برای کمک به آن‌ها در برقراری ارتباط بهتر، مانند:
 - مترجم زبان اشاره مجرب
 - اطلاعات کتبی در قالب‌های دیگر (چاپ با حروف بزرگ، صوتی، قالب‌های الکترونیکی دسترس‌پذیر، قالب‌های دیگر)
 - خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
 - مترجمان مجرب
 - اطلاعات به‌صورت کتبی به سایر زبان‌ها
- اگر به این خدمات نیاز دارید، از طریق شماره **1-800-431-9007** با Wellcare By Health Net تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، می‌توانید 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، می‌توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. یک سیستم پیام‌رسانی برای بعد از ساعات کاری، آخر هفته‌ها و تعطیلات رسمی استفاده می‌شود. اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا تکلم کنید، لطفاً با این شماره تماس بگیرید **711 TTY**. در صورت درخواست، این سند می‌تواند به صورت خط بریل، چاپ بزرگ، کاست صوتی یا الکترونیک در دسترس شما قرار گیرد. برای دریافت کپی در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید یا مکاتبه کنید:

Wellcare By Health Net

P.O. Box 10420

Van Nuys, CA 91410-0420

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

نحوه ثبت شکایت‌نامه

- اگر فکر می‌کنید Wellcare By Health Net در ارائه این خدمات کوتاهی کرده یا به‌طور غیرقانونی بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، کشور مبدأ، تعلق به گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت سلامت، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسیتی یا گرایش جنسی تبعیض قائل شده است، می‌توانید شکایت‌نامه خود را نزد هماهنگ‌کننده 1557 ثبت کنید. می‌توانید شکایت‌نامه خود را از طریق تلفن، به‌صورت کتبی، حضوری یا الکترونیکی ثبت کنید:
- **از طریق تلفن:** با تماس با هماهنگ‌کننده 1557 در Wellcare By Health Net به شماره **1-855-577-8234**، در روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 8 شب ET، تماس بگیرید. اگر مشکل شنوایی یا گفتاری دارید، لطفاً با شماره **711 TTY** تماس بگیرید.
 - **به صورت کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای بنویسید و آن را به آدرس زیر ارسال کنید:

1557 Coordinator
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631
 - **از طریق فکس:** **1-866-388-1769**
 - **حضوری:** به مطب پزشک یا دفتر Wellcare By Health Net مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید شکایت‌نامه ثبت کنید.
 - **به‌صورت الکترونیکی:** به وبسایت Wellcare By Health Net در این آدرس مراجعه کنید:
go.wellcare.com/HealthNetCA
 - **از طریق ایمیل:** **SM_Section1557Coord@centene.com**

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

همچنین می‌توانید شکایت‌نامه حقوق مدنی را با California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights از طریق تلفن، کتبی یا الکترونیکی ارسال کنید:

- از طریق تلفن: با شماره 1-916-440-7370 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا تکلم کنید، لطفاً با 711 TTY (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این آدرس ارسال کنید:

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

فرم‌های شکایت در آدرس http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx در دسترس هستند.

- به صورت الکترونیکی: ایمیلی ارسال کنید به CivilRights@dhcs.ca.gov.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

اگر فکر می‌کنید که بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید از طریق تلفن، کتبی یا الکترونیکی با U.S. Department of Health and Human Services، Office for Civil Rights، شکایت حقوق مدنی ارائه دهید:

- از طریق تلفن: با شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با مرکز TTY/TDD به شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این آدرس ارسال کنید:

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

فرم‌های شکایت در این آدرس موجود هستند: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- به صورت الکترونیکی: به پورتال شکایت Office for Civil Rights در این آدرس مراجعه کنید:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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.

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

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，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。

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)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces 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 pab dawb xwb.

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）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

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. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນຸນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

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.

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.

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). Libre ang mga serbisyonang ito.

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

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 безкоштовні.

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 miễn phí.