

План Community Health Plan of Washington: ПРОЦЕСС ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБ И АПЕЛЛЯЦИЙ

По какому номеру я могу позвонить в свой план медицинского страхования, если мне нужна помощь?

Если вам нужна помощь, звоните по телефону 1-800-440-1561 (TTD/TTY: 711). Мы обеспечим конфиденциальность вашей информации. Если вы не говорите по-английски, мы можем вам помочь. Если вам требуется информация на другом языке, кроме английского, позвоните нам по телефону 1-800-440-1561 (TDD/TTY: 711). Вам бесплатно предоставят переводчика.

ПРОЦЕСС ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБ: как подать жалобу?

Вы или ваш уполномоченный представитель имеете право на подачу жалобы. Жалоба по-английски называется «grievance». Мы поможем вам подать жалобу. Вы можете пожаловаться на следующее:

- как с вами обращались;
- качество полученного обслуживания или услуг;
- проблемы с получением услуг.
- проблемы, связанные со счетами;
- отношение и обслуживание.

Контактная информация для подачи жалоб:

Community Health Plan of Washington

Attention: Appeals & Grievances

Адрес: 1111 3rd Ave Ste. 400

Город/штат/почтовый индекс: Seattle, WA 98101

Сайт: www.chpw.org

Телефон: 1-800-440-1561

Факс: 206-613-8984

Эл. почта: CustomerCare@chpw.org

Если вам нужна помощь с подачей жалобы, звоните по телефону 1-800-440-1561 (TTD/TTY: 711). Мы сообщим вам о получении вашей жалобы в течение двух рабочих дней. Мы постараемся сразу же рассмотреть вашу жалобу. Мы проведем расследование и рассмотрим вашу жалобу в течение 45 календарных дней и сообщим вам о решении, которое мы приняли по ней. У вас будет право подать апелляцию, если решение будет принято не в вашу пользу (если таковое будет принято).

Если у вас имеются потребности, связанные с поведенческим здоровьем, вы можете обращаться с вопросами и за помощью с подачей жалоб к омбудсмену. Если вам нужна информация о том, как связаться с вашим местным омбудсменом, позвоните по телефону 1-800-440-1561 (TTD/TTY: 711) или посетите сайт <https://www.chpw.org/for-members/mental-health-resources>.

СТАНДАРТНЫЕ И УСКОРЕННЫЕ СРОКИ РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ: как я могу запросить пересмотр решения об отказе в одобрении услуги?

Апелляция — это запрос на пересмотр отказа в одобрении услуги или выдаче направления. Вы можете подать апелляцию на наше решение, если услуга была не одобрена, сокращена или прекращена досрочно. Ниже приведены этапы процесса апелляции:

ШАГ 1. Рассмотрение апелляции планом Community Health Plan of Washington в стандартные или ускоренные сроки

ШАГ 2. Административное слушание на уровне штата (State Administrative Hearing)

ШАГ 3. Независимая экспертиза (Independent Review)

ШАГ 4. Рассмотрение апелляции судьей Апелляционного совета Health Care Authority (HCA)

Продолжение получения услуг во время рассмотрения апелляции

Если вы хотите продолжать получать ранее одобренные услуги, пока мы рассматриваем вашу апелляцию, вы должны подать апелляцию в течение 10 календарных дней с даты, указанной в письме с уведомлением об отказе. Если окончательное решение, принятое по апелляции, совпадет с нашим решением, вам может потребоваться оплатить услуги, полученные во время рассмотрения апелляции.

План Community Health Plan of Washington: ПРОЦЕСС ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБ И АПЕЛЛЯЦИЙ

ШАГ 1. Рассмотрение апелляции планом Community Health Plan of Washington в стандартные или ускоренные сроки: как подать апелляцию?

Вы или ваш уполномоченный представитель имеете право подать апелляцию. На подачу апелляции вам или вашему уполномоченному представителю дается 60 календарных дней с даты, которая указана в письме от Community Health Plan of Washington, уведомляющем об отказе. Вы или ваш представитель можете подать апелляцию по телефону, лично или в письменной форме. У вас есть право и возможность представить письменные комментарии, документы и другую дополнительную информацию, имеющую отношение к апелляции. Дополнительная информация (включая комментарии и (или) документы) в поддержку вашей апелляции может быть предоставлена по телефону, письменно или лично. Мы сообщим вам о получении вашей апелляции в письменной форме в течение пяти календарных дней (в случае стандартной апелляции) или 72 часов (в случае ускоренной апелляции). Мы уведомим вас и (или) вашего уполномоченного представителя, если на рассмотрение апелляции нам требуется больше времени, и примем решение в возможно быстрые сроки с учетом состояния вашего здоровья. Сотрудники плана Community Health Plan of Washington могут помочь вам подать апелляцию. Если вам нужна помощь в подаче апелляции, позвоните по телефону 1-800-440-1561.

ШАГ 1. Подайте апелляцию плану Community Health Plan of Washington

Телефон: 1-800-440-1561

Факс: 206-613-8984

Адрес: 1111 3rd Ave Ste 400, Seattle, WA 98101

У вас есть право на получение помощи омбудсмана при подаче апелляции. Вы можете попросить юриста или поставщика медицинских услуг представлять вас и действовать от вашего имени. Вы должны подписать форму согласия, позволяющую этому человеку выступать в качестве вашего представителя. План Community Health Plan of Washington не покрывает никаких комиссий и не делает никаких выплат вашим представителям. Ответственность за это несете вы.

До или во время рассмотрения апелляции вы или ваш представитель можете запросить копии всех документов из вашего дела, а также копии инструкций и правил предоставления льгот, на основании которых было принято решение. Они будут отправлены вам бесплатно. План Community Health Plan of Washington уведомит вас о принятом нами решении в письменном виде в течение 14 календарных дней, если мы не сообщим вам, что нам требуется больше времени на рассмотрение. Наше рассмотрение займет не более 28 календарных дней. Мы обеспечим конфиденциальность информации, имеющей отношение к вашей апелляции.

Если вы или обслуживающий вас поставщик медицинских услуг желаете, чтобы решение было принято быстрее, потому что ваше здоровье находится под угрозой, позвоните по телефону 1-800-440-1561 для запроса пересмотра решения об отказе в ускоренные сроки (expedited review). Вы можете запросить ускоренное рассмотрение, если ваше физическое или психическое здоровье подвергается серьезному риску или если вы запрашиваете одобрение лекарства для лечения нарушения психического здоровья. Вы можете подать ускоренную апелляцию устно или письменно. План Community Health Plan of Washington свяжется с вами и сообщит о своем решении в течение 72 часов после получения вашего запроса об ускоренном рассмотрении.

План Community Health Plan of Washington: ПРОЦЕСС ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБ И АПЕЛЛЯЦИЙ

Если вы запросили ускоренную апелляцию, но план Community Health Plan of Washington заключит, что ваше здоровье не подвергается риску, мы рассмотрим вашу апелляцию в стандартные сроки. Мы пришлем вам письмо, уведомляющее о решении и причине изменения сроков в течение двух календарных дней с даты вашего запроса на апелляцию.

Ускоренное рассмотрение может быть продлено на срок до 14 дополнительных календарных дней, если для обработки вашей апелляции требуется дополнительная информация и задержка в ваших интересах. Если план Community Health Plan of Washington продлит срок рассмотрения, мы пришлем вам письмо в течение двух календарных дней с даты вашего запроса на апелляцию. Мы сообщим причину продления. Вы можете попросить о продлении рассмотрения и сами.

ШАГ 2. Административное слушание на уровне штата (State Administrative Hearing): как запросить административное слушание?

Если вы не согласны с решением, принятым по апелляции планом Community Health Plan of Washington, вы можете попросить о проведении административного слушания на уровне штата. Перед тем как запросить такое слушание, вы должны вначале завершить процесс апелляции, действующий в плане Community Health Plan of Washington. Вы должны запросить слушание в течение 120 календарных дней с даты, указанной в письме, уведомляющем о том, что после рассмотрения вашей апелляции было принято решение оставить отказ в силе. Если вы подаете запрос о проведении слушания, вы должны указать, в предоставлении какой услуги вам было отказано, когда и по какой причине. Обслуживающий вас поставщик медицинских услуг может запросить слушание от вашего имени. Если ваше здоровье находится под угрозой, вы можете попросить, чтобы решение приняли в ускоренном порядке.

ШАГ 2. Подайте запрос о проведении административного слушания на уровне штата (State Administrative Hearing)

Обратитесь в Управление административных слушаний
(Office of Administrative Hearings, ОАН)
Телефон: 1-800-583-8271
Адрес: P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489

Вы можете поговорить с адвокатом или попросить другого человека представлять вас на слушании. Если вам нужна помощь с поиском адвоката, обратитесь в ближайший офис правовой помощи (Legal Services Office), позвоните на горячую линию организации NW Justice CLEAR по телефону 1-888-201-1014 или посетите ее сайт по адресу www.nwjustice.org.

Если ваше здоровье находится под угрозой, вы можете попросить, чтобы решение приняли в ускоренном порядке. Судья вынесет решение в течение четырех рабочих дней после получения запроса. Если судья решит, что ваше здоровье не находится под угрозой, вам позвонят из ОАН, и вы получите от них письмо в течение четырех рабочих дней с даты запроса. Слушание по вашему делу будет проведено в стандартные сроки.

ШАГ 3. Независимая экспертиза (Independent Review): как запросить независимую экспертизу?

Независимая экспертиза — это проверка, проводимая врачом или специалистом, который не работает в плане Community Health Plan of Washington. Если вы не согласны с решением, принятым в ходе административного слушания на уровне штата, вы можете запросить независимую экспертизу в течение 21 календарного дня с даты вынесения решения на

План Community Health Plan of Washington: ПРОЦЕСС ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБ И АПЕЛЛЯЦИЙ

слушании либо перейти непосредственно к шагу 4. За помощью обращайтесь по телефону 1-800-440-1561. Если ваше здоровье находится под угрозой, вы можете попросить, чтобы решение приняли в ускоренном порядке. Вы можете предоставить любую дополнительную информацию, которую вы хотите, чтобы мы рассмотрели, в течение пяти рабочих дней с даты запроса независимой экспертизы. Если вы запрашиваете проведение экспертизы, ваше дело будет передано в независимую экспертную организацию (Independent Review Organization, IRO) в течение трех рабочих дней. Экспертиза проводится бесплатно. План Community Health Plan of Washington сообщит вам о принятом решении.

ШАГ 3. Подайте запрос о проведении независимой экспертизы

Обратитесь в план Community Health Plan of Washington

Телефон: 1-800-440-1561

Факс: 206-613-8984

Адрес: 1111 3rd Ave. Ste 400, Seattle, WA 98101

ШАГ 4. Рассмотрение апелляции судьей Апелляционного совета Health Care Authority (HCA): как запросить еще одну официальную проверку?

Вы можете запросить окончательное рассмотрение вашего дела судьей Апелляционного совета HCA. Вы должны направить такой запрос в течение 21 календарного дня после даты отправки вам уведомления о решении, принятом IRO. Решение Апелляционного совета HCA является окончательным.

ШАГ 4. Подайте запрос о пересмотре решения Апелляционным советом HCA

Телефон: (360) 725-0910; бесплатная линия: (844) 728-5212

Факс: (360) 507-9018

Адрес: P.O. Box 42700, Olympia, WA 98504-2700

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Счета за услуги. Если вы получите счет за медицинские услуги, позвоните по телефону 1-800-440-1561.

Независимое заключение другого врача. Вы можете в любое время обратиться за консультацией по поводу вашего заболевания или состояния к другому врачу. Позвоните по телефону 1-800-440-1561, чтобы узнать, как получить независимое заключение другого врача.

Дети и молодежь до 21 года. Комплексные профилактические медицинские услуги для детей и молодежи в возрасте до 21 года по программе Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) покрываются программой Medicaid. Планы категории MCO обязаны предоставлять любые дополнительные медицинские услуги, покрываемые федеральной программой Medicaid и признанные необходимыми с медицинской точки зрения для лечения, коррекции или контроля выявленных заболеваний и состояний. В случае отказа в покрываемой услуге, необходимой по медицинским показаниям, участники имеют право на подачу апелляции. Процедура запроса исключения из правила (Exception to Rule, ETR) не применима к детям и молодежи в возрасте до 21 года.

План Community Health Plan of Washington: ПРОЦЕСС ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБ И АПЕЛЛЯЦИЙ

Непокрываемые услуги

Запрос исключения из правила. Вы или обслуживающий вас поставщик медицинских услуг можете попросить план Community Health Plan of Washington одобрить вам услугу, которая не входит в число покрываемых льгот. В случае взрослых участников эта процедура называется запросом исключения из правила (Exception to Rule, ETR).

- Об этом необходимо попросить до того, как вы получите эти услуги.
- Чтобы получить одобрение, обслуживающий вас поставщик медицинских услуг должен предоставить нам документы, подтверждающие, что ваше состояние сильно отличается от состояния большинства людей,
- а также что никакие другие покрываемые менее дорогие услуги не могут удовлетворить ваши потребности.
- Для утверждения запроса должны быть удовлетворены требования раздела 182-501-0160 Административного кодекса штата Вашингтона (Washington Administrative Code, WAC).

Решения, принятые в отношении исключений из правил, являются окончательными и обжалованию не подлежат.

Апелляция. Вы можете запросить апелляцию, административное слушание на уровне штата и затем независимую экспертизу, чтобы убедиться, что принятое нами решение об отказе в покрытии является правильным. Вы можете подать апелляцию одновременно с подачей вами или обслуживающим вас поставщиком медицинских услуг запроса об увеличении лимита, налагаемого на услуги.

Льготы, на которые налагаются лимиты

Увеличение лимита. Обслуживающий вас поставщик медицинских услуг может попросить план Community Health Plan of Washington одобрить вам больше услуг, чем предусмотрено вашим пакетом льгот. Это может быть увеличение объема, количества, продолжительности или частоты предоставления услуги. Примером может служить большее количество посещений физиотерапевта взрослым участником, чем предусмотренные 12 посещений. Это называется увеличением лимита (Limitation Extension, LE). Для утверждения такого увеличения должны быть удовлетворены требования раздела 182-501-0169 Административного кодекса штата Вашингтона (Washington Administrative Code, WAC):

- об этом необходимо попросить до того, как вы превысите лимит услуг;
- должно иметься подтверждение того, что ваше состояние улучшается благодаря уже полученным услугам;
- должно иметься подтверждение того, что ваше состояние, скорее всего, продолжит улучшаться при продолжении получения этих услуг, а также что оно, скорее всего, ухудшится, если оказание услуг не будет продолжено.

Вы можете подать апелляцию одновременно с просьбой от обслуживающего вас поставщика медицинских услуг об увеличении лимита.

Оплата некоторых услуг зависит от наличия денежных средств. Если вы получаете услуги, оплачиваемые программой Medicaid, вы имеете право обжаловать решение о прекращении или ограничении оказания вам этих услуг. Некоторые услуги оплачиваются за счет грантов, предоставляемых штатом, или целевых денежных субсидий федерального

План Community Health Plan of Washington: ПРОЦЕСС ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБ И АПЕЛЛЯЦИЙ

правительства штату. Если средства по гранту, предоставленному штатом, или целевая денежная субсидия федерального правительства штату закончатся, мы не сможем одобрить услугу для вас, даже если мы согласны с тем, что такая услуга необходима. Если оказание услуги прекращено из-за того, что закончились средства по гранту, предоставленному штатом, или по целевой денежной субсидии федерального правительства штату, подать апелляцию на это невозможно. Вы получите уведомление, если эта ситуация применима к вам.



Вкладыш об услугах перевода на разные языки

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1).

Español (испанский) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1).

繁體中文 (китайский) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1)。

Tiếng Việt (вьетнамский) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1).

한국어 (корейский) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1) 번으로 전화해 주십시오.

Русский ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-440-1561 (телетайп: 7-1-1).

Tagalog (тагальский – филиппинский) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1).

Українська (украинский) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-440-1561 (телетайп: 7-1-1).

ខ្មែរ (кхмерский) ប្រសិនបើ អ្នកនិយាយ ខ្មែរ, សេវាជំនួយ ភាសា ឥតគិតថ្លៃ អាច ផ្តល់ ជូន អ្នក បាន ឥតគិតថ្លៃ ទេ ។

日本語 (японский) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1) まで、お電話にてご連絡ください。



Вкладыш об услугах перевода на разные языки

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-440-1561 (መስመሩ ለተሰናቸው: 7-1-1)።



Вкладыш об услугах перевода на разные языки

Oroomiffa (оромо/кушитский) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1).

لعربية (العربي) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-440-1561 (رقم هاتف الصم والبكم: 7-1-1).

ਪੰਜਾਬੀ (пенджабский) ਿਧਆਨ ਿਦਰਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤੁਸੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Deutsch (немецкий) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1).

ພາສາລາວ (лао/лаосский) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1).

(فارسی) فارسی توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای تماس بگیریید. (TTY: 1-800-440-1561 7-1-1) شما فراهم می باشد. با

नेपाली (नेपालский) ध्यान दनुहोस् तपाइले नेपाल बोलनुहुन्छ भने तपाइको निम्त भाषा सहायता सेवाहरू नःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गनुहोस् 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1). ।

ဗီယက်မာန် (бирманский) သတိပြုရန် - အကယုၣ် သဠညှ ဝုမန္တစကား ကို ဝေပုဟပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့ုအတကြံ့ စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမညှ။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1) သို့မူ ဝေငုဆိုပါ။

Français (французский) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-440-1561 (TTY: 7-1-1).



Уведомление о недопущении дискриминации

Community Health Plan of Washington соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. Community Health Plan of Washington не отказывает в услугах и не относится к людям по-разному из-за их расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Законодательство штата Вашингтон гарантирует право на свободу от дискриминации по признаку «расы, вероисповедания, цвета кожи, национальной принадлежности, пола, характера увольнения из вооруженных сил, статуса военнослужащего, сексуальной ориентации, наличия каких-либо сенсорных, психических или физических ограничений или использования обученной собаки-поводыря или животного-компаньона человеком с ограниченными возможностями здоровья».

Community Health Plan of Washington:

- предоставляет лицам с физическими ограничениями бесплатные услуги, помогающие им общаться и получать информацию, например:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - письменные материалы в других форматах (напечатанные крупным шрифтом, в виде аудиозаписи, в электронном и иных форматах);
- предоставляет бесплатные языковые услуги лицам, для которых английский не является родным языком, в том числе:
 - услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - информацию на других языках.

Если вы нуждаетесь в таких услугах, свяжитесь с отделом жалоб и апелляций.

Если вы считаете, что Community Health Plan of Washington не предоставила вам эти услуги или каким-либо иным образом подвергла вас дискриминации по причине вашей расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу: отделу жалоб и апелляций (Appeals and Grievances Department) по почте по адресу 1111 3rd Avenue, Suite 400, Seattle WA 98101, по телефону по номеру 1-800-440-1561 (TTY Relay: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00, по факсу по номеру 206-613-8984 или по электронной почте по адресу appealsgrievances@chpw.org. Вы можете подать жалобу лично, по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь с подачей жалобы, отдел жалоб и апелляций может вам помочь. Вы также можете подать жалобу о нарушении ваших гражданских прав Отделу гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США. Это можно сделать в электронном виде через онлайн-портал подачи жалоб Отдела гражданских прав по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Бланки жалоб доступны по адресу:

<http://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/translated-resources>.

Если у вас имеются особые потребности или вы хотите получать документы в ином формате или на другом языке, позвоните по телефону 1-800-440-1561 (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Уведомление о недопущении дискриминации

Community Health Plan of Washington cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Plan of Washington no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Conforme a la ley de Washington, las personas tienen derecho a no sufrir discriminación por motivos de raza, credo, color, nacionalidad, sexo, condición de militar en servicio o veterano retirado con honores, orientación sexual, presencia de una discapacidad sensorial, mental o física, o uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por parte de una persona con una discapacidad.

Community Health Plan of Washington:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Appeals and Grievances Department (Departamento de reclamos y apelaciones).

Si considera que Community Health Plan of Washington no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Appeals and Grievances Department, por correo en 1111 3rd Avenue, Suite 400, Seattle WA 98101, por teléfono al 1-800-440-1561, (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), atendemos de las 8 a.m. - 5 p.m., de lunes a viernes, por fax al 206-613-8984, o por correo electrónico en appealsgrievances@chpw.org. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Appeals and Grievances Department está a su disposición para brindársela. 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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web

<http://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557/translated-resources>.

Si necesita adaptaciones, o requiere los documentos en otro formato o idioma, por favor llame 1-800-440-1561 (TTY: 711), de las 8 a.m. - 5 p.m., de lunes a viernes.