

# Լրացուցիչ օգնություն Medi-Cal-ի անդամներին

## Համայնքային բուժաշխատողներ

### Ձեզ հարկավոր է օգնություն ձեր առողջապահական նպատակներին հասնելու համար:

Medi-Cal-ի համայնքային բուժաշխատողների ծառայությունները լրացուցիչ աջակցություն են տրամադրում Medi-Cal-ի այն անդամներին, ովքեր համապատասխանում են պահանջներին\* Այս ծառայությունները հասանելի են ձեզ անվճար: Kaiser Permanente-ն աշխատում է համայնքային կազմակերպությունների հետ, որպեսզի տրամադրի այս ծառայությունները: Հաստատվելու դեպքում հնարավոր է մեզ հետ գործակցող համայնքային կազմակերպությունից զանգ ստանաք:

#### Ո՞վ է համայնքային բուժաշխատողը:

- Ձեր համայնքի վստահելի անդամ, ով կարող է օգնել ձեզ՝ առողջապահական համակարգում ուղղորդելով:
- Ոչ կլինիկական առողջապահական մասնագետ. սա նշանակում է, որ նա չի հանդիսանում բժիշկ, բուժքույր կամ սոցիալական աշխատող:

#### Համայնքային բուժաշխատողը կարող է օգնել ձեզ՝

- Փոխանցելով ձեր առողջական վիճակի վերաբերյալ տեղեկատվությունը
- Օգնելով ձեզ առողջապահական համակարգում նավարկելիս
- Տալով ձեզ աջակցություն և ուղեկցել ձեզ բժշկի հետ ունեցած ժամադրություններին
- Ուղղորդելով ձեզ համայնքային ռեսուրսների մոտ, օրինակ՝ սնունդ, տրանսպորտ և կացարան
- Օգնելով ձեզ տնային կամ համայնքային բնությանն առնչվող հարցերում

#### Տե՛ս, թե արդյոք համապատասխանում եք այս պահանջներին

Զանգահարե՛ք մեզ երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան 8:30-ից մինչև երեկոյան 5-ը

Հյուսիսային Կալիֆոռնիա  
**1-833-721-6012 (TTY 711)**

Հարավային Կալիֆոռնիա  
**1-866-551-9619 (TTY 711)**



\*Անդամներն իրավասու չեն համայնքային բուժաշխատողի ծառայություններ ստանալ, եթե նրանք ընդգրկված են խնամքի բարելավված կառավարման ծրագրում:

## Խտրականության բացառման ծանուցում

Այս փաստաթղթում «մենք», «մեզ» կամ «մեր» բառերը նշանակում են Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. և Southern California Medical Group): Այս ծանուցումը հասանելի է մեր կայքում՝ **kp.org** հասցեով:

Խտրականությունը հակաօրինական է: Մենք հետևում ենք քաղաքացիական իրավունքների նահանգային և դաշնային օրենքներին:

Մենք անօրինականորեն խտրականություն չենք դրսևորում, մարդկանց չի բացառում կամ այլ կերպ նրանց չի վերաբերվում՝ հիմնվելով նրանց տարիքի, ռասայի, էթնիկ խմբի ինքնության, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, մշակութային ծագման, նախահայրերի, կրոնի, սեռի, գենդերի, գենդերային ինքնության, գենդերային արտահայտման, սեռական կողմնորոշման, ընտանեկան կարգավիճակի, ֆիզիկական կամ մտավոր հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, վճարման աղբյուրի, գենետիկ տեղեկատվության, քաղաքացիության, առաջնային լեզվի կամ գաղթականի կարգավիճակի վրա:

Kaiser Permanente-ն տրամադրում է հետևյալ ծառայությունները.

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ ավելի լավ հաղորդակցվելու նպատակով, ինչպես օրինակ՝
  - ◆ Որակավորված նշանների լեզվի թարգմանիչներ
  - ◆ Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (բրայլ, խոշոր տառատեսակ, ձայնագրություն, հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափեր և այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում համար անգլերենն առաջնային լեզու չէ, ինչպես օրինակ՝
  - ◆ Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
  - ◆ Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե այս ծառայությունների կարիքն ունեք, զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին ստորև ներկայացված հեռախոսահամարներով: Զանգն անվճար է: Անդամների սպասարկման բաժինը փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal՝ **1-855-839-7613** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը՝ **1-800-464-4000** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

Խնդրանքի դեպքում այս փաստաթուղթը մատչելի կլինի բրայլով, խոշոր տառատեսակով, ձայնագրությամբ կամ էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այս ձևաչափերից մեկով կամ այլ ձևաչափով պատճենը ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել մեր Անդամների սպասարկման բաժին և խնդրել ցանկալի ձևաչափը:

## Ինչպես գանգատ ներկայացնել Kaiser Permanente-ին

Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ մենք չենք տրամադրել այս ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ անօրինականորեն խտրականություն է դրսևորել: Կարող եք գանգատ ներկայացնել հեռախոսով, փոստով, անձամբ կամ առցանց: Մանրամասների համար խնդրում ենք կարդալ *Ձեր Ապահովագրության ապացույցը (Evidence of Coverage) կամ Ապահովագրման վկայագիրը (Certificate of Insurance):* Կարող եք նաև գանգահարել Անդամների սպասարկում Ձեզ կիրառելի տարբերակների մասին մանրամասներ ստանալու համար կամ եթե գանգատ ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք: Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել հետևյալ կերպ.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:  
Հեռախոսահամարները նշված են վերևում:
- **Փոստով.** ներբեռնեք ձևաթուղթը **kp.org** կայքում կամ գանգահարեք Անդամների սպասարկում և խնդրեք, որպեսզի ձևաթուղթ ուղարկեն ձեզ, որը հետո կարող եք հետ ուղարկել:
- **Անձամբ.** լրացրեք Բողոքի կամ Նպաստի հայցի/խնդրանքի ձևաթուղթն անդամների սպասարկման գրասենյակում, որը գտնվում է Ծրագրի հաստատությունում (հասցեների համար տեսեք հաստատությունների հասցեագիրքը մեր [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) կայքում):
- **Առցանց.** լրացրեք առցանց ձևաթուղթը մեր **kp.org** կայքում:

Կարող եք նաև ուղղակիորեն դիմել Kaiser Permanente-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողներին ներքոնշյալ հասցեներով՝

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (*միայն Medi-Cal նպաստառուների համար*)

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ գրավոր, հեռախոսով կամ էլ.փոստով.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի (Department of Health Care Services, DHCS) Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **916-440-7370 (TTY 711)** հեռախոսահամարով:

- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝  
Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են այստեղ՝  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- **Առցանց.** էլ.նամակ ուղարկեք [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) հասցեով

**Ինչպես գանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ**

Դուք կարող եք խտրականության բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ: Կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր կամ առցանց.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք **1-800-368-1019** (TTY **711** կամ **1-800-537-7697**) հեռախոսահամարով:
- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են  
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> կայքում
- **Առցանց.** այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքի պորտալը՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> հասցեով: