

## Help in Other Languages

**ATTENTION:** If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690).

**ESPAÑOL | SPANISH ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690).

**РУССКИЙ | RUSSIAN ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690).

**简体中文 | SIMPLIFIED CHINESE 注意:** 如果您不会说英语，可免费获得语言协助服务。请致电 1-844-824-3655 (TTY 用户：1-833-254-0690)。

**TIẾNG VIỆT | VIETNAMESE CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690).

**العربية | ARABIC تنبيه:** إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية، يمكنك الحصول على خدمات المساعدة اللغوية، بالمجان. اتصل على الرقم 1-844-824-3655 (لضعاف السمع: 1-833-254-0690).

**नेपाली | NEPALI** तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-844-824-3655 (टिटिवाडः 1-833-254-0690).

**한국어 | KOREAN** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690) 번으로 전화해 주십시오.

**ខ្មែរ | CAMBODIAN** ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690)។

**FRANÇAIS | FRENCH ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690).

**မြန်မာ | BURMESE** သတိပြုရန် - အကယုၣ် သဒ္ဓသညျ မနုၣ်မကား ကို ရှုဟပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သဒ္ဓအတကြု စီစဉ်ဆော့ဒုရကြုပေးပါမညျ။ ဖုန်းနံပါတ် 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690) သို့၊ ခေ့ဆိုပါ။

**KREYÒL AYISYEN | HAITIAN CREOLE ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690).

**PORTUGUÊS | BRAZILIAN PORTUGUESE ATENÇÃO:** Caso fale português, disponibilizamos gratuitamente serviços linguísticos. Ligue para 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690).

**বাংলা | BENGALI** লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৪৪-৮২৪-৩৬৫৫ (TTY: ১-৮৩৩-২৫৪-০৬৯০)।

**SHQIP | ALBANIAN KUJDES:** Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690).

**ગુજરાતી | GUJARATI** સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690).

## Discrimination is Against the Law

**Community HealthChoices (CHC)** complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, age, national origin, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex, gender, gender identity or expression, or sexual orientation.

**CHC** does not exclude people or treat them differently because of race, color, age, national origin, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex, gender, gender identity or expression, or sexual orientation.

**CHC** provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats such as large print, audio, accessible electronic formats or other formats

**CHC** provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, call the CHC Helpline at **1-844-824-3655** (TTY: 1-833-254-0690).

If you believe that CHC has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

The Bureau of Equal Opportunity  
Room 223, Health and Welfare Building  
P.O. Box 2675  
Harrisburg, PA 17105-2675

Phone: (717) 787-1127  
TTY: 1-800-654-5484  
Fax: (717) 772-4366  
Email: RA-PWBEOAO@pa.gov

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Bureau of Equal Opportunity is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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

Phone: 1-800-868-1019  
TTY: 1-800-537-7697

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## La discriminación es contra la ley

**Community HealthChoices (CHC)** cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, edad, nacionalidad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, género sexual, identidad o expresión de género u orientación sexual.

**CHC** no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, edad, nacionalidad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, género sexual, identidad o expresión de género u orientación sexual.

**CHC** 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 como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos

**CHC** 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, llame a la Línea de ayuda de CHC al **1-844-824-3655** (TTY: 1-833-254-0690).

Si considera que CHC no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

The Bureau of Equal Opportunity  
Room 223, Health and Welfare Building  
P.O. Box 2675  
Harrisburg, PA 17105-2675

Número de teléfono: (717) 787-1127  
TTY: 1-800-654-5484  
Fax: (717) 772-4366  
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, la Bureau of Equal Opportunity (Oficina de igualdad de oportunidades) 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 (Portal de reclamos de la oficina de derechos civiles), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Número de teléfono: 1-800-368-1019  
TTY: 800-537-7697

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.