

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>.

Дискриминация запрещена законом

Community HealthChoices (CHC) соблюдает требования применимых федеральных законов о гражданских правах и не проявляет дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, возраста, национального происхождения, инвалидности, вероисповедания, религиозной принадлежности, социального происхождения, пола, гендера, гендерной идентичности или самовыражения или сексуальной ориентации.

CHC не исключает лиц и не проявляет дискриминацию любым иным способом в отношении любых лиц по признаку расы, цвета кожи, возраста, национального происхождения, инвалидности, вероисповедания, религиозной принадлежности, социального происхождения, пола, гендера, гендерной идентичности или самовыражения или сексуальной ориентации.

CHC предоставляет бесплатную помощь и услуги лицам с инвалидностью для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:

- Квалифицированные сурдопереводчики
- Письменная информация в других форматах, например, крупным шрифтом, в аудио-формате, доступных электронных форматах или других форматах

CHC предоставляет бесплатные языковые услуги перевода лицам, для которых английский не является основным языком, например:

- Квалифицированные переводчики
- Письменная информация на других языках

Если Вам требуются эти услуги, позвоните по номеру горячей линии CHC **1-844-824-3655** (для лиц с нарушениями слуха: 1-833-254-0690).

Если Вы считаете, что программа CHC не предоставила эти услуги или проявила дискриминацию иным способом по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола, Вы можете подать претензию по адресу:

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

Телефон: (717) 787-1127
Для лиц с нарушениями слуха: 1-800-654-5484
Факс: (717) 772-4366
Электронная почта: RA-PWBEOAO@pa.gov

Вы можете подать претензию лично или по почте, по факсу или по электронной почте. Если Вам нужна помощь в подаче претензии, Bureau of Equal Opportunity (Бюро по вопросам равных возможностей) может помочь Вам.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Управление по гражданским правам) в электронной форме через Office for Civil Rights Complaint Portal (Портал Управления по рассмотрению жалоб о нарушении гражданских прав) на сайте <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, D.C. 20201

Телефон: 1-800-868-1019
Для лиц с нарушениями слуха: 1-800-537-7697

Формы для подачи жалобы доступны на сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 (टिटिवाइ: 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: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អ្លល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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 - အကယုၣ်ၣ် သဒ္ဓါသညာမန်မာစကား ကို ဂျာတပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သဒ္ဓါအတကြံ စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည့်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-844-824-3655 (TTY: 1-833-254-0690) သို့မူ ခေ့ဆို့ပါ။

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).