

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

HEALTH | CHOICE
GENERATIONS

Health Choice Generations Utah HMO D-SNP complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Choice Generations Utah does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Choice Generations Utah:

Provides free aides and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

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, contact:

Health Choice Generations Utah

Address:

PO Box 45900

Salt Lake City, UT 84145

Phone: 1-844-457-8943

Fax: 801-646-7210

TTY: 711

If you believe that Health Choice Generations Utah 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 by mail, fax, or email to:

Health Choice Generations Utah

Address:

PO Box 45900

Salt Lake City, UT 84145

Phone: 1-844-457-8943

TTY: 711

Fax: 801-646-7209

E-mail:

HCUappealandgrievance@healthchoiceutah.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator 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
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

This information is available in other formats, such as Braille, large print, and audio.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo

HEALTH CHOICE
GENERATIONS

Health Choice Generations Utah (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Choice Generations Utah no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Generations Utah:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
Intérpretes de lenguaje de señas calificados
Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
Intérpretes calificados
Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Generations Utah

Dirección:

PO Box 45900

Salt Lake City, UT 84145

Teléfono: 1-844-457-8943

Fax: 801-646-7210

TTY: 711

Si considera que Health Choice Generations Utah no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Generations Utah

Dirección:

PO Box 45900

Salt Lake City, UT 84145

Teléfono: 1-844-457-8943

Fax: 801-646-7209

TTY: 711

Correo Electrónico:

HCUappealandgrievance@healthchoiceutah.com

Puede presentar una queja formal personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

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)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

This information is available in other formats, such as Braille, large print, and audio.

MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES

HEALTH | CHOICE
GENERATIONS

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-457-8943 (TTY: 711), 8AM – 8PM, Monday – Friday (7 days a week, October – March).

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al 1-844-457-8943 (TTY: 711), 8AM – 8PM, Lunes – Viernes (los 7 días de la semana de Octubre – Marzo).

請注意：若您使用繁體中文，您可以接受免費的語言協助服務。請致電 1-844-457-8943 (TTY: 711)。

Bilag l ana bizaad doo bee y1n7[ti' dago d00 saad n11n1 [a' bee y1n7[ti'go, saad bee ata' hane', t'11 n77k'eh, n1 bee ah00t'i' . Koj8' hod77lnih 1-844-457-8943 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português brasileiro, oferecemos serviços gratuitos de assistência para idiomas. Ligue para 1-844-457-8943 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói [Tiếng Việt], chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số 1-844-457-8943 (TTY: 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر لديك خدمات المساعدة اللغوية، مجانًا. اتصل على 1-844-457-8943 (هاتف نصي: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-457-8943 (TTY: 711).

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Rele 1-844-457-8943 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Fremdsprachenservice zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-457-8943 (TTY: 711) an.

ΠΡΟΣΟΧΗ: εάν μιλάτε Ελληνικά, μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό 1-844-457-8943 (TTY: 711).

સૂચના: જો તમે બોલતા હોવ, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સંપર્ક 1-844-457-8943 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-844-457-8943 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero 1-844-457-8943 (TTY: 711).

MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

HEALTH | CHOICE
GENERATIONS

注意：日本語を話される場合、無料で言語支援サービスをご利用いただけます。次の番号までお電話してください：1-844-457-8943 (TTY: 711)

주의: 한국어를 사용하는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-844-457-8943 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មជំនួយភាសាដល់លោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃនោះទេ។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកលេខ 1-844-457-8943 (TTY: 711)។

नेपाली – बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन् । ध्यान दिनुहोस्: तपाईं 1-844-457-8943 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस् ।

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارائه می‌شود. با 1-844-457-8943 (TTY: 711). تماس بگیرید.

UWAGA: Jeżeli mówi Pan/Pani po polsku, oferujemy bezpłatne usługi pomocy językowej. Prosimy o kontakt pod numerem 1-844-457-8943 (telefon tekstowy (TTY: 711)).

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на Русский, вам бесплатно доступны услуги языковой поддержки. Звоните 1-844-457-8943 (телетайп: 711).

PAŽNJA: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su Vam besplatno. Pozovite 1-844-457-8943 (TTY: 711).

مَعِيْرَةٌ: اَيْنَ بَعَالِنُوْكَ دَمَخِكَةَ (لَشْنَأْ أُسُوْرِيَّآ) وَبِمَجْنِ دَلَا اَجْرًا بِنِيْسًا دَهْشِمِشْئَا وَعَدْرَنَهْآ. 1-844-457-8943 (TTY: 711) عِبُوْدُ شَقْلِيْبٍ لَلْآ بَنِّنِيْنَا.

ATENSIYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, na walang singil, ay magagamit mo. Tumawag sa 1-844-457-8943 (TTY: 711).

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณจะสามารรถใช้บริการความช่วยเหลือด้านภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-844-457-8943 (TTY: 711)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1-844-457-8943 (TTY: 711).