

Medi-Cal 가입자를 위한 추가 도움말

지역사회 보건 종사자(Community Health Workers)

여러분의 건강 목표를 달성하는 데 도움이 필요하신가요?

Medi-Cal 지역사회 보건 종사자 서비스는 자격을 갖춘 Medi-Cal 가입자에게 추가 지원을 제공합니다.* 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다. Kaiser Permanente는 지역사회 조직과 협력하여 이러한 서비스를 제공합니다. 승인될 경우, 저희와 협력하고 있는 지역사회 조직으로부터 전화를 받으실 수도 있습니다.

지역사회 보건 종사자란 무엇인가요?

- 여러분 지역의 보건 의료 시스템을 안내해 드릴 수 있는 신뢰할 수 있는 가입자입니다.
- 비임상 보건 의료 전문가 — 이는 의사, 간호사 또는 사회 복지사가 아님을 의미합니다.

지역사회 보건 종사자는 다음을 통해 여러분을 지원할 수 있습니다.

- 건강 상태에 대한 정보 공유
- 보건 의료 시스템 탐색 지원
- 의사 진료 예약일에 도움을 제공하고 방문에 함께 함
- 음식, 교통, 주택 등 지역사회 자원 안내
- 국내 또는 지역사회 폭력 관련 문제에 도움을 제공함

자격이 되는지 알아보세요

월요일~금요일, 오전 8:30분~오후 5시에 전화주십시오.

북부 캘리포니아
1-833-721-6012 (TTY 711)

남부 캘리포니아
1-866-551-9619 (TTY 711)



*가입자가 강화된 케어 관리(Enhanced Care Management)에 등록된 경우 지역사회 보건 종사자 서비스를 받을 수 없습니다.

자세한 내용은 kp.org/medi-cal-programs에서 확인하세요

 KAISER PERMANENTE®

차별 금지에 관한 고지

본 문서에서 “당사”, “저희”는 Kaiser Permanente(Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. 및 Southern California Medical Group)를 의미합니다. 이 고지 사항은 당사 웹사이트 kp.org에서 확인할 수 있습니다.

차별은 법에 위배됩니다. 당사는 주 및 연방 민권법을 따릅니다.

당사는 나이, 인종, 민족적 정체성, 피부색, 국적, 문화적 배경, 혈통, 종교, 성, 젠더, 성적 정체성, 성적 표현, 성적 지향, 혼인 여부, 신체적 또는 정신적 장애, 의료 상태, 지불 출처, 유전적 정보, 시민권, 주요 사용 언어, 이민 상태에 근거하여 차별을 하지 않습니다.

Kaiser Permanente는 다음 서비스를 제공합니다.

- 장애가 있는 분들께서 저희와 원활하게 소통하실 수 있도록 다음과 같은 지원 및 서비스를 무료로 제공:
 - ◆ 자격이 있는 수화 통역사
 - ◆ 다른 형식(점자, 큰 활자, 음성, 장애인용 전자 문서 및 기타 형식)으로 작성된 서면 정보
- 모국어가 영어가 아닌 분들을 위해 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공:
 - ◆ 자격을 갖춘 통역사
 - ◆ 다른 언어로 기재된 정보

이러한 서비스가 필요하신 경우 아래 번호로 가입자 서비스 부서로 전화 주십시오. 통화는 무료입니다. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare (D-SNP 포함): **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 오전 8시부터 오후 8시까지, 주 7일 이용 가능.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 하루 24시간, 주 7일 이용 가능.
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 하루 24시간, 주 7일 이용 가능.

요청에 따라 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 또는 전자 형식으로 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나 또는 기타 형식으로 된 사본을 얻으려면, 가입자 서비스 부서에 전화하여 필요한 형식의 자료를 요청하십시오.

Kaiser Permanente에 이의를 제기하는 방법

저희가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 위법적으로 차별을 가했다고 생각되는 경우, 당사에 차별에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 전화, 우편, 직접 방문 또는 온라인으로 불만을 제기하실 수 있습니다. 자세한 내용은 보장 범위 증명서 (Evidence of Coverage) 또는 보험 증서 (Certificate of Insurance)를 참조해 주십시오. 귀하에게 적용되는 옵션에 대한 자세한 내용을 알아보거나 이의 제기에 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스로 전화하십시오. 이의 제기 방법은 다음과 같습니다.

- **전화:** 가입자 서비스 부서에 전화 주십시오. 전화번호는 상기 내역을 참고해 주세요.

- **우편:** **kp.org**에서 양식을 내려 받으시거나 가입자 서비스에 전화하여 귀하께서 반송할 수 있도록 해당 양식을 우편으로 보내 달라고 요청하십시오.
- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 **kp.org/facilities**에서 의료 제공자 목록을 확인).
- **온라인:** 본사 웹사이트 **kp.org**에서 온라인 양식을 이용하십시오.

또한 다음의 주소로 Kaiser Permanente 민권 코디네이터에게 직접 연락하실 수도 있습니다:

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

캘리포니아 보건부 의 민권 사무실에 불만을 제기하는 방법 (*Medi-Cal* 수혜자 전용)

또한 캘리포니아 보건부의 민권 사무실에 서면, 전화 또는 이메일로 민권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- **전화: 916-440-7370 (TTY 711)** 번으로 보건부 (Department of Health Care Services, DHCS) 민권사무실에 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 편지 발송:

Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **온라인:** CivilRights@dhcs.ca.gov으로 이메일

미국 보건복지부 민권 담당국에 이의 제기를 하는 방법

미국 보건복지부 민권 담당국에 차별에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기는 서신, 전화 또는 온라인으로 신청할 수 있습니다.

- **전화: 1-800-368-1019 (TTY 711 또는 1-800-537-7697)**으로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 서신 발송:

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

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다:

<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **온라인:** 민권 담당국의 불만 접수 포털
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> 방문