

預防性服務

按時接受預防保健服務可協助您：

- 及早發現健康問題，防止問題嚴重惡化
- 在問題出現之前監測血壓和膽固醇水平
- 接受免疫接種以幫助您預防疾病
- 瞭解更多關於預防保健的知識，以及它如何幫助您保持健康。

我是否可獲得預防保健服務的承保？

您可藉由大多數Kaiser Permanente保健計劃免費獲得大多數預防保健服務。¹因此，您可隨時獲得基本預防保健服務的承保，例如流感預防針注射和例行身體檢查。另外，視您的居住地而定，您可能可獲得更多預防性福利的承保。

註：在預防保健看診的期間，您的醫生可能會安排需要付費的其他服務或檢測。這些服務和檢測稱為診斷服務，診斷服務有別於預防保健服務。

瞭解預防性護理和診斷性護理的費用差異。

若要瞭解您的計劃如何承保預防和診斷服務，請參閱您的福利摘要。只需登錄您的kp.org帳戶，然後點選「承保範圍和費用」下的「福利使用情況」。

如何知道此資訊是否適用於您的計劃

此預防性服務資訊適用於免費承保預防性服務的非沿襲性、非僅限退休人員入保的個人和團體計劃。¹此資訊不適用於Medicare或僅限退休人員入保的沿襲性計劃。

請參閱您的《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage) 或其他保險文件以瞭解有關計劃承保範圍的詳情。如果您擁有團體計劃，您也可諮詢您雇主的福利管理員。

2026年更新

以下是2026年應《平價醫療法案》(Affordable Care Act, ACA) 的規定而做出的福利變更。現在，我們的大部分計劃將在2026年1月1日起開始的計劃年度或保單年度中承保以下服務：

- 為一般風險女性提供額外的乳癌篩檢服務
 - 在初次篩檢乳房X光檢查後，根據臨床需要進行造影服務（例如磁共振造影、超音波檢查、乳房X光檢查）和病理學評估，以完成篩檢過程
- 乳癌和子宮頸癌篩檢的患者指導服務

成人預防性服務

- 對65至75歲曾吸菸的男性進行腹主動脈瘤篩檢（一次性篩檢）
- 酒精濫用的篩檢和諮詢
- 對50至80歲因當前或既往吸菸史而被判定為高風險族群的成年人，建議每年進行低劑量電腦斷層掃描肺癌篩檢並接受諮詢
- 成人焦慮症篩檢

- 針對有心血管危險因子的成年人進行行為諮詢介入以促進健康飲食和體能活動
- 為性活躍且感染性傳染病風險較高的成年人提供行為諮詢
- 針對菸草使用和戒菸的行為諮詢幹預
- 血壓篩檢
- 45至75歲成年人大腸癌篩檢，包括：
 - 術前諮詢
 - 腸道準備
 - 息肉切片病理檢查
- 憂鬱症篩檢
- 經FDA批准的戒菸藥物，包括非處方藥，由計劃醫療服務提供者開立處方
- 經FDA批准的暴露前預防 (PrEP) 藥物，配合有效的抗逆轉錄病毒療法，適用於HIV高風險人群，由計劃保健業者開立處方。包括下列施用PrEP的基準期和監控服務：
 - HIV檢測
 - B型肝炎與C型肝炎檢測
 - 肌酸酐檢測和計算估計肌酸酐清除率 (eCrCl) 或腎小球濾過率 (eGFR)
 - 性傳染感染 (STI) 篩檢與諮詢
 - 依從性諮詢
- 糖尿病的糖化血紅素 A1c 檢測³
- 高風險成年人的B型肝炎篩檢
- 針對18歲至79歲成人所提供的C型肝炎篩檢
- 免疫接種 (劑量、建議年齡和建議群體有所不同)：
 - COVID-19
 - A型肝炎
 - B型肝炎
 - 帶狀皰疹
 - 人類乳突狀瘤病毒
 - 流行性感冒
 - 麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹
 - 流行性腦脊髓膜炎 (腦膜炎)
 - 猴痘 (僅建議某些高風險族群)
 - 肺炎球菌
 - 呼吸道融合病毒 (RSV)
 - 破傷風、白喉、百日咳
 - 水痘
- 肝病和/或出血性疾病的國際標準化比值 (INR) 檢測³
- 潛伏結核感染篩檢
- 評估心臟病的低密度脂蛋白 (Low-Density Lipoprotein, LDL) 檢測³
- 用於預防結腸直腸癌的低劑量阿斯匹靈，需由計劃保健業者開立處方⁴
- 肥胖和體重管理，包括對體重指數 (BMI) 為30或以上的超重成年人進行強化行為諮詢
- 針對居住在社區、跌倒風險較高的65歲以上成年人進行物理治療以預防跌倒
- 對35至70歲超重或肥胖成年人進行糖尿病前期及第2型糖尿病篩檢
- 攝護腺癌篩檢⁵
- 糖尿病視網膜病變篩檢³
- 例行體檢

- 對高風險成年人進行性傳染感染篩檢
 - 披衣菌
 - 淋病
 - 人類免疫缺乏病毒 (HIV)
 - 梅毒
- 使用他汀類藥物作為心血管疾病的主要預防方法，適用於40歲至75歲且沒有心血管疾病 (Cardiovascular Disease, CVD) 病史、有一項或多項CVD風險因子，且根據計算10年內罹患CVD的風險達到或超過10%的成人，需由計劃保健業者開處方
- 不當藥物濫用篩檢
- 對40至75歲成年人進行普遍的血脂篩檢，以識別血脂異常併計算10年CVD風險

針對婦女和孕婦的額外預防服務⁶

- 針對孕婦的貧血症篩檢⁷
- 青少年與成人女性焦慮症篩檢
- 無症狀懷孕人士的菌尿症篩檢
- 旨在促進懷孕健康體重增長和預防懷孕期間體重過度增長的行為諮詢幹預
- 針對孕婦的菸草使用和戒菸的行為諮詢幹預
- BRCA基因諮詢，用於評估攜帶乳癌或卵巢癌基因的風險
- 對高風險女性進行BRCA基因檢測，服務需由計劃醫生開立醫囑
- 對一般風險女性進行乳癌篩檢，包括初次篩檢乳房X光檢查，以及在臨床需要時進行任何其他造影檢查（如磁共振造影、超音波、乳房X光檢查）和病理評估，以完成篩檢過程。

- 哺乳設備及用品：
 - 零售級雙側電動吸乳器，包括吸乳器正常運作所需的任何配件
 - 母乳儲存用品及其他臨床上認為有助於解決母乳哺育困難的母嬰雙方所需的設備/用品
- 針對青少年和21歲至65歲女性所提供的子宮頸癌篩檢
- 產前產後提供全面的哺乳支持和諮詢
- 避孕器具、方法和藥物（經FDA批准並由醫生處方）、避孕器具取出和女性絕育
- 避孕諮詢、教育和後續護理
- 為有較高圍產期憂鬱症風險的懷孕或產後族群提供諮詢幹預
- 對於有生育能力女性的葉酸，需由計劃保健業者開立處方
- 經FDA核准的孕婦戒菸的藥物，包括非處方藥，需由計劃保健業者開立處方⁸
- 孕婦在首次產前檢查時進行B型肝炎篩檢
- 孕婦HIV篩檢
- 針對妊娠12週後有子癰前症高風險人群的低劑量阿斯匹靈，需由計劃保健業者開立處方
- 用於預防35歲以上高風險女性乳癌的藥物，需由計劃保健業者開立處方
- 為中年女性提供肥胖預防諮詢
- 對65歲以上女性及高風險人群進行骨質疏鬆症篩檢
- 乳癌和子宮頸癌篩檢的患者指導服務
- 對孕婦和產後人群進行圍產期憂鬱症篩檢
- 產後就診

預防性服務

- 對孕婦進行妊娠期血壓測量，以篩檢子癰前症
- 孕婦Rh(D)血型鑑定與抗體檢測
- 例行體檢
- 例行產前照護就診⁹
- 針對親密伴侶暴力和家庭暴力的篩檢和諮詢
- 妊娠糖尿病篩檢
- 妊娠後糖尿病篩檢
- 女性尿失禁篩檢
- 孕婦梅毒篩檢
- HIV檢測
- B型肝炎與C型肝炎檢測
- 肌酸酐檢測和計算估計肌酸酐清除率 (eCrCl) 或腎小球濾過率 (eGFR)
- 性傳染感染 (STI) 篩檢與諮詢
- 依從性諮詢
- 新生兒眼部淋病預防藥物
- 發育過程中身高、體重及身體質量指數 (BMI) 的測量
- 針對感染風險較高的青少年所提供的B型肝炎篩檢
- 針對風險較高的青少年所提供的HIV篩檢
- 剛出生至18歲的免疫接種。劑量、建議年齡及建議族群各不相同：
 - COVID-19
 - 白喉、破傷風、百日咳
 - B型流感嗜血桿菌
 - A型肝炎
 - B型肝炎
 - 人類乳突狀瘤病毒
 - 滅活小兒麻痺病毒
 - 流行性感冒
 - 麻疹、腮腺炎、德國麻疹
 - 流行性腦脊髓膜炎 (腦膜炎)
 - 猴痘 (僅建議某些高風險族群)
 - 肺炎球菌
 - 呼吸道融合病毒 (RSV)
 - 輪狀病毒
 - 水痘

兒童預防性服務

- 適合年齡的例行體檢
- 8歲至18歲兒童及青少年焦慮症篩檢
- 18個月和24個月時進行自閉症譜系障礙篩檢
- 為性活躍且感染性傳染病風險較高的青少年提供行為諮詢
- 針對6歲及以上高體重指數 (BMI) 兒童及青少年的行為干預
- 發育期的行為／社交／情緒篩檢
- 青少年血壓篩檢
- 新生兒先天性甲狀腺功能低下症篩檢
- 12至21歲青少年憂鬱症篩檢
- 在嬰兒期、兒童期和青春期中進行發育篩檢和監測
- 對有較高血脂異常風險的兒童進行血脂異常篩檢
- 經FDA核准的戒菸藥物，包括非處方藥，需由計劃保健業者開立處方
- FDA核准的HIV高風險青少年的暴露前預防 (PrEP) 聯合有效抗愛滋病毒療法，需由計劃保健業者開立處方)。包括下列施用PrEP的基準期和監控服務：
 - COVID-19
 - 白喉、破傷風、百日咳
 - B型流感嗜血桿菌
 - A型肝炎
 - B型肝炎
 - 人類乳突狀瘤病毒
 - 滅活小兒麻痺病毒
 - 流行性感冒
 - 麻疹、腮腺炎、德國麻疹
 - 流行性腦脊髓膜炎 (腦膜炎)
 - 猴痘 (僅建議某些高風險族群)
 - 肺炎球菌
 - 呼吸道融合病毒 (RSV)
 - 輪狀病毒
 - 水痘

- 對於6至12個月大、無症狀但有缺鐵性貧血風險較高的兒童給予鐵補充劑，需由計劃保健業者開立處方¹⁰
- 針對有鉛暴露風險的兒童所提供的血鉛篩檢
- 發育期病史
- 新生兒血液篩檢，包括膽紅素檢測和鐮狀細胞篩檢
- 由初級保健醫師對5歲以下兒童進行口腔健康風險評估：
 - 針對飲用水中氟含量不足的兒童，從6個月大開始補充氟化物
 - 針對所有嬰兒和兒童的乳牙所提供的塗氟漆服務，從乳牙開始萌牙的年齡開始
- 新生兒苯丙酮尿症篩檢
- 例行聽力篩檢
- 針對皮膚白皙且年齡介於6個月大至24歲的青年、青少年、兒童和幼兒父母所提供，並與減少紫外線 (Ultraviolet, UV) 輻射暴露有關的皮膚癌諮詢，目的是為了降低皮膚癌的風險
- 心臟驟停和猝死風險評估
- 將自殺風險評估作為12至21歲人群普遍憂鬱症篩檢的一個組成部分
- 針對11歲至21歲人士所提供的煙草、酒精或藥物使用評估
- 結核病高風險兒童進行結核菌素檢測
- 視力篩檢

適用於特定地區的其他預防性服務¹¹

針對在以下任何一州所核發的保健計劃，我們也列出了適用於特定地區的其他預防性服務。

California

- 所有經食品及藥物管理署 (FDA) 批准並從計劃藥房獲得的所有避孕方法，包括非處方用品或計劃保健業者為所有會員（不分性別）開處方的用品。
- 輸精管切除術服務和診療程序¹²
- 與避孕相關的臨床服務，包括但不限於諮詢、檢查、手術、超音波和轉診。
- 成人及兒童視網膜攝影篩檢
- 旅行免疫接種
- 自 2025 年 1 月 1 日起，所有聯邦機構強制規定的預防保健服務、物品和免疫接種，以及加州公共衛生部建議的預防保健服務、物品和免疫接種，均包含在內。

Colorado

- 針對所有年齡層之風險人群所提供的乳癌篩檢
- 配發或提供12個月份的避孕藥，如會員處方所許可。
- 精神健康保健檢查¹³
- 針對所有年齡層之風險族群所提供的結腸癌篩檢
- 乳房X光檢查後的乳房影像服務，用於活檢/癌症診斷

Georgia

- 與兒童保健就診相關，且醫療上必要的化驗及X光檢查
- 針對35歲以上或有風險女性的卵巢癌篩檢

預防性服務

Maryland

- 與兒童保健就診相關的化驗及X光檢查

Virginia

- 與兒童保健就診相關的化驗及X光檢查

Washington, D.C.

- 輔助性乳房篩檢（對乳房組織緻密、乳房X光檢查結果不確定或被保健業者認為風險較高的女性進行後續乳房MRI或超音波檢查）
- 與兒童保健就診相關的化驗及X光檢查

免責聲明

[1] 上述預防性服務亦適用於加州所有免費承保這些服務的不溯及既往計劃和僅限退休人員入保的大型團體計劃，以及所有不溯及既往的小型團體計劃。

[2] 沿襲性的計劃是指在2010年3月23日當日或之前便已存在，且符合某些要求的計劃。不溯及既往的計劃無需進行《平價醫療法案》所規定的一些變更（包括有關預防性服務的變更），並且可能有與這些服務有關的成本分擔。如果會員入保沿襲性的計劃，這將會在其《承保範圍說明書》或其他保險文件中說明。此外，沿襲性的計劃可能不會承保此文件中所列的所有服務，例如非處方藥。入保不溯及既往計劃的會員也可致電1-800-464-4000（聽障及語障電話專線711）與會員服務部聯絡，以瞭解其計劃對特定預防保健服務之承保範圍的資訊，服務時間為每週7天，每天24小時（節假日休息）。

[3] 國稅局 (Internal Revenue Service, IRS) 和美國財政部於2019年7月17日發佈了2019-45號通知。該通知擴大了在未達到《國內稅收法》第223(c)(2) 條所規定之高免賠額保健計劃 (High Deductible Health Plan, HDHP) 免賠額的情況下可以提供的預防保健福利清單。Kaiser Permanente決定將IRS 2019-45號通知中所允許之特定慢性病的所有這些化驗和篩檢均新增至Kaiser Permanente的全國預防保健福利組合中，該決定於2021年1月1日一併生效。自籌資金計劃可能不同意此範圍擴大，請參閱您的計劃說明概要或其他計劃文件。

[4] 美國預防性服務工作小組於2022年4月決定，針對年齡介於40歲至59歲且10年內罹患CVD的風險達到或超過10%的成人開始使用低劑量阿斯匹靈作為心血管疾病主要預防措施的決定應視個別情況而定。美國預防性服務工作小組還得出結論，沒有足夠的證據支持低劑量阿斯匹靈可以降低結腸癌的發病率或死亡率。儘管有此決定，Kaiser Permanente將繼續比照預防性服務承保此項服務。自籌資金計劃可能不同意此範圍擴大，請參閱您的計劃說明概要或其他計劃文件。

[5] 美國預防性服務工作小組建議，根據專業判斷和患者偏好選擇性地向個別患者提供這項服務。至少在一定程度上可確定，整體益處很小。儘管如此，攝護腺癌篩檢仍屬於Kaiser Permanente預防保健福利組合的一部分，於2023年1月1日生效。自籌資金計劃可能不同意此範圍擴大，請參閱您的計劃說明概要或其他計劃文件。

[6] 吸奶器及某些非處方藥可能不屬於不含《平價醫療法案》(Affordable Care Act, ACA) 預防性福利組合之計劃的承保範圍（請參閱您的《承保範圍說明書》或其他保險文件）。

[7] 美國預防服務工作組於2015年9月決定，當前的證據不足以評估對懷孕女性進行鐵質缺乏篩檢的益處和害處之間的平衡，以防止出現產婦健康狀況不良及不良的生產結果。儘管有此決定，Kaiser Permanente將繼續按照預防性服務承保本項服務。自籌資金計劃可能不同意此範圍擴大，請參閱您的計劃說明概要或其他計劃文件。

[8] 美國預防性服務工作小組於2015年9月決定，當前的證據不足以評估對孕婦進行介入藥物療法以幫助戒煙的益處和害處之間的平衡。儘管有此決定，Kaiser Permanente將繼續按照預防性服務承保本項服務。自籌資金計劃可能不同意此範圍擴大，請參閱您的計劃說明概要或其他計劃文件。

[9] 產前服務比照例行基本醫療服務承保並包含在產科服務總請款中，根據適用法律許可，可能需要支付成本分擔。

[10] 美國預防性服務工作小組於2015年9月決定，當前的證據不足以評估對6個月大至24個月大的兒童進行缺鐵性貧血篩檢的益處和害處之間的平衡。美國預防性服務工作小組還判定，鑒於目前美國廣泛使用鐵強化食品（包括嬰兒配方奶粉和玉米穀片），對醫生開處方的補充劑提出建議的影響可能有限。儘管有此判定，Kaiser Permanente將繼續比照預防性服務承保鐵補充劑。自籌資金計劃可能不同意此範圍擴大，請參閱您的計劃說明概要或其他計劃文件。

[11] 大部分自籌資金團體不受制於州政府規定。如需瞭解有關預防性服務的更多資訊，請致電會員服務部，或參閱您的計劃說明概要或其他計劃文件。

[12] 在可設健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account, HSA) 的HDHP計劃中，輸精管切除術服務需受到免賠額的約束，但在達到免賠額後，即可獲得承保而無需支付成本分擔。

[13] 自2023年1月1日起，所有保健計劃必須承保所有個人（無論年齡大小）的年度精神健康檢查。此服務的適用成本分擔可能應用於溯及既往的計劃。

規定的預防性服務基於美國預防服務工作組、衛生資源與服務管理局及美國疾病控制與預防中心的建議。本文件中所列的服務可能會受到特定準則的限制，如年齡和頻率。如果沒有依照這些準則提供，您可能需要為這些服務支付共付額或共同保險。

Nondiscrimination Notice

In this document, “we”, “us”, or “our” means Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group). This notice is available on our website at **kp.org**.

Discrimination is against the law. We follow state and federal civil rights laws.

We do not discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services in a timely manner:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
 - ◆ Qualified sign language interpreters
 - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost 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 our Member Services department at the numbers below. The call is free. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audio, or electronic formats. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Services department and ask for the format you need.

How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with us if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. You can file a grievance by phone, by mail, in person, or online. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You can call Member Services for more information on the options that apply to you, or for help filing a grievance. You may file a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call our Member Services department. Phone numbers are listed above.
- **By mail:** Download a form at **kp.org** or call Member Services and ask them to send you a form that you can send back.
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at **kp.org/facilities** for addresses)

- **Online:** Use the online form on our website at **kp.org**

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator directly at the addresses below:

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

How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office for Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)*

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office for Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at **916-440-7370 (TTY 711)**
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

California Department of Health Care Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Online:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov

How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)**
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights Complaint forms are available at: <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the **Office for Civil Rights Complaint Portal** at:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Aviso de no discriminación

En este documento “nosotros” o “nuestro” se refiere a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. y el Southern California Medical Group). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

La discriminación es ilegal. Nosotros cumplimos con las leyes de derechos civiles federales y estatales.

Nosotros no discriminamos, excluimos ni tratamos a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios de forma oportuna:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, tales como:
 - ◆ intérpretes calificados de lengua de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo para las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados,
 - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros a los números que aparecen a continuación. La llamada es gratuita. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los demás: **1-800-788-0616** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Mediante una solicitud, este documento estará disponible en braille, letra grande, audio o en formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante nosotros si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, en persona o en línea. Consulte su *Evidencia de Cobertura* (*Evidence of Coverage*) o *Certificado de Seguro* (*Certificate of Insurance*) para obtener más información. También puede llamar a Servicio a los Miembros para informarse sobre las opciones que se apliquen a su caso o si necesita ayuda para presentar una queja. Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros. Los números telefónicos se indican arriba.
- **Por correo postal:** descargue un formulario en **kp.org/espanol** o llame a Servicio a los Miembros y pida que se le envíe un formulario para que lo devuelva.
- **En persona:** llene un formulario de queja o reclamación/solicitud de beneficios (Complaint or Benefit Claim/Request form) en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en **kp.org/facilities** [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY 711).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California están disponibles en:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Usted puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY 711 o al **1-800-537-7697**).

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. están disponibles en:

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

- **En línea:** visite el **Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal)** en: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**

反歧视声明

在本文件中，“我们”或“我们的”是指Kaiser Permanente（Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、The Permanente Medical Group, Inc.及Southern California Medical Group）。本通知可在我们的网站**kp.org**上查阅。

歧视是违反法律的行为。我们遵守州和联邦的民权法律。

我们不会因年龄、人种、族群认同、肤色、原国籍、文化背景、血统、宗教、生理性别、社会性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神障碍、医疗状况、付款来源、遗传信息、公民身份、主要语言或移民身份而歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente会及时提供以下服务：

- 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更有效地与我们沟通，例如：
 - ◆ 合格的手语翻译员
 - ◆ 其他格式的书面信息（盲文版、大字版、音频版、通用电子格式和其它格式）
- 为主要语言非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - ◆ 合格的口译员
 - ◆ 其他语言的书面信息

如果您需要上述服务，请拨打下方的电话号码联系会员服务部。此电话为免费。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)：1-800-443-0815 (TTY 711)，每周7天，上午8:00至晚上8:00。
- 加州医疗保健辅助计划：1-855-839-7613 (TTY 711)，每周7天，每天24小时。
- 所有其他计划：1-800-757-7585 (TTY 711)，每周7天，每天24小时。

我们可以根据您的要求为您提供本文件的盲文版、大字版、音频版或电子格式。如需获取这些替代格式或其他格式的复本，请致电我们的会员服务部并索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente提出投诉

如果您认为我们未能提供这些服务或有其他形式的非法歧视，您可以向我们提出歧视投诉。您可以通过电话、邮件、亲自提交或在线等方式提出投诉。详情请参阅《承保范围说明书》(Evidence of Coverage) 或*Certificate of Insurance*（保险证明）。您可致电会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交投诉。您可以通过以下方式提出歧视投诉：

- 电话：致电我们的会员服务部。电话号码列于上方。
- 邮寄：从**kp.org**下载表格，或致电会员服务部，请他们寄一份表格给您，以供您填写后寄回。
- 亲自提交：在计划设施内的会员服务办公室填写抱怨表或福利索赔／申请表（请在**kp.org/facilities**上的保健业者名录中查找设施地址）

- 在线提交：使用我们网站**kp.org**上的在线表格

您可以通过以下地址直接联系Kaiser Permanente民权协调员：

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

如何向加州保健服务部民权办公室提出投诉（*仅适用于加州医疗保健辅助计划受益人*）

您可以通过书面方式、电话或电邮向加州保健服务部民权办公室提出民权抱怨：

- 电话：拨打**916-440-7370 (TTY 711)** 联系加州保健服务部 (Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室
- 邮寄：填写抱怨表或寄信到以下地址：

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

您可在下列网站找到加州保健服务部民权办公室的投诉表：

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

- 在线：发送电邮至**CivilRights@dhcs.ca.gov**

如何向美国健康与民众服务部民权办公室提出投诉

您可以向美国健康与民众服务部民权办公室提出歧视抱怨。您可以通过书面、电话或在线等方式提出抱怨：

- 电话：拨打**1-800-368-1019 (TTY 711或1-800-537-7697)**
- 邮寄：填写抱怨表或寄信到以下地址：

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

您可在下列网站找到美国健康与民众服务部民权办公室抱怨表：

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

- 在线：请访问民权办公室投诉门户网站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Notice of Language Assistance

English: ATTENTION. Timely language assistance is available at no cost to you. You can ask for interpreter services, including sign language interpreters. You can ask for materials translated into your language or alternative formats, such as braille, audio, or large print. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Services department for help. Member services is closed on major holidays.

- Medicare, including D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week
- All others: **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week

Arabic: انتباه المساعدة اللغوية متوفرة في الوقت المناسب بدون تكلفة عليك. يمكنك طلب خدمات الترجمة، بما في ذلك مترجمي لغة الإشارة. يمكنك طلب وثائق مترجمة بلغتك أو بصيغ بديلة مثل طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي أو الطباعة بأحرف كبيرة. يمكنك أيضاً طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقتنا. اتصل مع قسم خدمات الأعضاء (Member Services) لدينا للحصول على المساعدة. قسم خدمات الأعضاء مغلق أيام العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815** (TTY 711)، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع
- Medi-Cal: على **1-855-839-7613** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000** (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

Armenian: ՈւՆԻՎԵՐՍԻԹԵՏՈՒՆ: Ժամանակին տրամադրվող լեզվական աջակցությունը հասանելի է ձեզ անվճար: Դուք կարող եք խնդրել բանավոր թարգմանության ծառայություններ, այդ թվում՝ ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ: Դուք կարող եք խնդրել ձեր լեզվով թարգմանված նյութեր կամ այլընտրանքային ձևաչափեր, ինչպիսիք են՝ բրայլը, ձայնագրությունը կամ խոշոր տառատեսակը: Դուք կարող եք նաև դիմել օժանդակ աջակցության և սարքերի համար, որոնք առկա են մեր հաստատություններում: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Անդամների սպասարկման բաժինը (Member Services) 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

Chinese: 请注意。我们免费为您提供及时语言协助。您可以要求我们提供口译服务，包括手语翻译员。您可以要求将资料翻译成您所使用的语言或其他格式，如盲文版、音频版或大字版。您还可以要求在我们的设施使用语言辅助工具和设备。请致电会员服务部 (Member Services) 以获取帮助。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括 D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00
- 加州医疗保健辅助计划: **1-855-839-7613 (TTY 711)**，每周 7 天，每天 24 小时
- 所有其他计划: **1-800-757-7585 (TTY 711)**，每周 7 天，每天 24 小时

Farsi: توجه، امکان بهرمندی به موقع و مقتضی از مساعدت زبانی به طور رایگان برای شما وجود دارد. می‌توانید خدمات ترجمه شفاهی را درخواست کنید، از جمله مترجمان زبان اشاره. همچنین می‌توانید مطالب ترجمه‌شده به زبان خودتان یا در قالب‌های جایگزین را درخواست کنید، از جمله خط بریل، فایل صوتی، یا چاپ با حروف درشت. همچنین می‌توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. برای دریافت کمک، با بخش خدمات اعضای ما (Member Services) تماس بگیرید. بخش خدمات اعضا در تعطیلات رسمی تعطیل می‌باشد.

- Medicare، شامل D-SNP: با شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** از 8 صبح تا 8 عصر، در 7 روز هفته تماس بگیرید
- Medi-Cal: با شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید
- همه موارد دیگر: با شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید

Hindi: ध्यान दें। समय पर भाषा सहायता आपके लिए बिना किसी शुल्क के उपलब्ध है। आप दुभाषिया सेवाओं के लिए अनुरोध कर सकते हैं, जिसमें साइन लैंग्वेज के दुभाषिये भी शामिल हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या वैकल्पिक प्रारूप, जैसे कि ब्रेल, ऑडियो, या बड़े प्रिंट में अनुवाद करवाने के लिए भी कह सकते हैं। आप हमारे सुविधा-केंद्रों पर सहायक साधनों और उपकरणों का भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारे सदस्य सेवा (Member Services) विभाग को कॉल करें। सदस्य सेवा विभाग मुख्य छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है।

- Medicare, जिसमें D-SNP शामिल है: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, सप्ताह के 7 दिन
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन
- बाकी सभी: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, दिन के चौबीस घंटे, सप्ताह के 7 दिन

Hmong: CEEB TOOM. Sij hawm muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Koj muaj peev xwm thov kom pab txhais lus, suav nrog kws txhais lus piav tes. Koj muaj peev xwm thov kom muab cov ntaub ntawv no txhais ua koj yam lus los sis ua lwm hom, xws li hom ntawv rau neeg dig muag xuas, tso ua suab lus, los sis luam tawm kom koj. Koj kuj tuaj yeem thov kom muab tej khoom pab dawb thiab tej khoom siv txhawb tau rau

ntawm peb cov chaw kuaj mob. Hu mus thov kev pab rau ntawm peb Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab. Lub Chaw Pab Cuam (Member Services) Tswv Cuab raug kaw rau cov hnub so tseem ceeb.

- Medicare, suav nrog D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj, 7 hnub hauv ib lub vij
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub vij
- Tag nrho lwm yam: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub vij

Japanese : 注意. タイムリーな言語サポートを無料でご利用いただけます。あなたは手話通訳を含む通訳サービスを依頼できます。点字、大型活字、または録音音声など、あなたの言語に翻訳された資料や別のフォーマットの資料を求めることができます。当社の施設では補助器具や機器の要請も承っております。支援が必要な方は、加入者サービス部門 (**Member Services**) にお電話ください。加入者向けサービスは、主要な休日には営業しておりません。

- D-SNP を含む Medicare: **1-800-443-0815 (TTY 711)**、午前 8 時から午後 8 時まで、年中無休
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**、24 時間、年中無休
- その他全て: **1-800-464-4000 (TTY 711)**、24 時間、年中無休

Khmer (Cambodian): យកចិត្តទុកដាក់។

ជំនួយភាសាទាន់ពេលវេលាអាចរកបានដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ រួមទាំងអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាផងដែរ។ អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារដែលត្រូវបានបកប្រែជាភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរស្នាម សំឡេង ឬអក្សរធំៗ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំជំនួយបន្ថែម នឹងឧបករណ៍ជំនួយនៅតាមកន្លែងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ។ សេវាកម្មសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ (**Member Services**)។

- Medicare រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ផ្សេងៗទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

Korean: 참고. 무료로 시기적절한 언어 지원을 제공합니다. 수화 통역사를 포함한 통역 서비스를 요청할 수 있습니다. 한국어로 번역된 자료 또는 점자, 오디오 또는 큰 글씨와 같은 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. 가입자 서비스 (**Member Services**) 부서에 전화하여 도움을 요청하십시오. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare(D-SNP 포함): 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 문의
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간
- 기타 모두: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 주 7 일, 하루 24 시간

Laotian: ຂໍຄວນເອົາໃຈໃສ່. ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຢ່າງທັນເວລາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ລວມທັງລ່າມແປພາສາມື.

ທ່ານສາມາດຂໍເອກະສານທີ່ແປເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ ເຊັ່ນ: ອັກສອນນູນ, ສຽງ ຫຼື ຕົວເລັກໃຫຍ່. ນອກຈາກນີ້ ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ

ອຸປະກອນເສີມໄດ້ທີ່ສະຖານພະຍາບານຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາພະແນກການບໍລິການສະມາຊິກ (Member Services) ຂອງພວກເຮົາສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ. ການບໍລິການສະມາຊິກຈະປິດໃນວັນພັກສໍາຄັນ.

- Medicare, ລວມທັງ D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ
- ທັງໝົດອື່ນໆ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ

Mien: MBUOX JANGX-FIM WAAC. Ninh mbuo duqv liepc ziangx tengx faan waac bun meih muangx hingh mv zuqc hoic meih ndortv nyaanh cingv oc. Meih corc haiv tov taux ninh mbuo tengx lorz faan waac bun meih, caux longc buoz wuv faan waac bun muangx. Meih aengx haih tov taux ninh mbuo dorh nyungc horngh jaa dorngx faan benx meih nyei waac a'fai fiev bieqc da'nyeic diuc daan, fiev benx domh nzangc-pokc bun hluc, bungx waac-qiez bun uangx, a'fai aamx bieqc domh zeiv-linh. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Mborqv finx lorz taux yie mbuo dinc zangc domh gorn ziux goux baengc mienh nyei dorngx liouh tov heuc ninh mbuo tengx nzie weih. Goux baengc mienh nyei dorngx duqv guon mv zoux gong yiem gingc nyei hnoi-nyieqc oc (Member Services).

- Medicare, caux D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, yiem 8 dimv lungh ndorm taux 8 dimv lungh muonx, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi
- Yietc zungv da'nyeic diuc jauv-louc: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, yietc hnoi goux junh 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zoux gong 7 hnoi

Navajo: YÁ'ÁDÍÍŁTÍIH. T'áá Bíní'dée'go Bizaad Bee Na'anish Bééhózin, Doo BééNOLso Bee Na'al'a' Da. T'éeé'góó t'í'í'í'ígíí éí tséé' naalkáah sidá'ígíí bikáa' dah sidaa'ígíí, t'á'ii bik'eh dah na'álka'ígíí. T'á'ii éí t'éeé'góó t'í'í'í'ígíí bik'eh dah deidiyós, t'á'ii éí bi'éeé' bik'eh dah na'álka'ígíí bik'eh dah deidiyós. T'á'ii bik'eh dah na'álka'ígíí bikáa' dah na'álka'ígíí t'áá al'tso bik'eh dah deidiyós. Bi'éeé' naalkáah sidá'ígíí bik'eh ha'a'aah. T'á'ii bik'eh dah na'álka'ígíí éí bik'eh dah naazhjaa'ígíí bik'eh dah na'álka'ígíí (Member Services).

- Medicare, 'aldó' bii' hóló D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. góó 8 p.m., 7 jí t'áá'á'í damóo
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 t'ohch'oolí t'áá'á'í jí, 7 jí t'áá'á'í damóo
- T'áá al'aq: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 t'ohch'oolí t'áá'á'í jí, 7 jí t'áá'á'í damóo

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ। ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਾਈਨ ਲੈਂਗੂਵੇਜ਼ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ਿਏ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਤੁਸੀਂ ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੈਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ, ਆਡੀਓ, ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਕਹਿ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ 'ਤੇ ਸਹਾਇਕ

ਏਡਜ਼ ਅਤੇ ਉਪਕਰਨਾਂ ਲਈ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ (Member Services) ਦੇ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮੈਂਬਰਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਵਿਭਾਗ ਮੁੱਖ ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ।

- Medicare, ਬਜ਼ਸ ਬਵੱ D-SNP ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ
- ਬਾਕੀ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ

Russian: ВНИМАНИЕ! Для Вас доступны бесплатные услуги перевода. Вы можете запросить услуги устного перевода, в том числе услуги переводчика языка жестов. Вы также можете запросить материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативных форматах, например шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в аудиоформате. Вы также можете запросить дополнительные приспособления и вспомогательные устройства в наших учреждениях. Если Вам нужна помощь, позвоните в отдел обслуживания участников. Отдел обслуживания участников (Member Services) не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815 (линия TTY 711)**, ежедневно с 8:00 до 20:00.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (линия TTY 711)**, круглосуточно, ежедневно.
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000 (линия TTY 711)**, круглосуточно, ежедневно.

Spanish: ATENCIÓN. Se ofrece ayuda oportuna en otros idiomas sin ningún costo para usted. Puede solicitar servicios de interpretación, incluyendo intérpretes de lengua de señas. Puede solicitar materiales traducidos a su idioma o en formatos alternativos, como braille, audio o letra grande. También puede solicitar ayuda adicional y dispositivos auxiliares en nuestros centros de atención. Llame al Departamento de Servicio a los Miembros (Member Services) para pedir ayuda. Servicio a los Miembros está cerrado los días festivos principales.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Tagalog: ATENSYON. Ang napapanahong tulong sa wika ay makukuha nang walang bayad para sa iyo. Maaari kang humiling ng mga serbisyo ng interpreter, kasama ang mga interpreter sa sign language. Maaari kang humiling ng mga babasahin na nakasalin-wika sa iyong wika o sa mga alternatibong format, na tulad ng braille, audio, o malalaking titik. Puwede ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro (Member Services) para sa tulong. Ang Mga Serbisyo sa Miyembro ay sarado sa mga pangunahing holiday.

- Medicare, kasama ang D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
- Ang lahat ng iba: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

Thai: สงสัย มีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาอย่างทันท่วงทีให้ท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ท่านสามารถขอรับบริการล่าม รวมถึงล่ามภาษามือได้ ท่านสามารถขอให้แปลเอกสารเป็นภาษาของท่าน หรือในรูปแบบอื่นๆ เช่นอักษรเบรลล์ ไฟล์เสียง หรือตัวอักษรขนาดใหญ่ ท่านสามารถขอรับอุปกรณ์ช่วยเหลือและอุปกรณ์เสริมได้ ณ สถานที่ให้บริการของเรา โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเรา (Member Services) เพื่อขอความช่วยเหลือได้ ฝ่ายบริการสมาชิกจะปิดทำการในวันหยุดราชการต่างๆ

- Medicare รวมถึง D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8.00 น. ถึง 20.00 น.หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์
- อื่นๆ ทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง หรือ 7 วันต่อสัปดาห์

Ukrainian: УВАГА! Своєчасні послуги перекладача надаються безкоштовно. Ви можете залишити запит на послуги усного перекладу, зокрема мовою жестів. Ви можете зробити запит на отримання матеріалів, перекладених вашою мовою, або в альтернативних форматах, як-от надрукованим шрифтом Брайля чи великим шрифтом, а також у звуковому форматі. Крім того, ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Якщо вам потрібна допомога, зателефонуйте у відділ обслуговування клієнтів (Member Services). Відділ обслуговування клієнтів зачинений у державні свята.

- Medicare, зокрема D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, із 8:00 до 20:00, без вихідних.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.
- Усі інші надавачі послуг: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, цілодобово, без вихідних.

Vietnamese: LƯU Ý. Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ kịp thời, miễn phí cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, bao gồm cả thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị hay định dạng thay thế, chẳng hạn như chữ nổi braille, băng đĩa thu âm hay bản in khổ chữ lớn. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện và thiết bị phụ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên (Member Services) của chúng tôi để được trợ giúp. Ban Dịch Vụ Hội Viên không làm việc vào những ngày lễ lớn.

- Medicare, bao gồm cả D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost 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, and accessible electronic formats
- Provide no cost 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 **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan 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 at: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 2500 South Havana, Aurora, CO 80014, or by phone at Member Services: 1-800-632-9700.

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, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY: **711**)፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY: **711**)፡

Bàsɔ̀ò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̀ Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wudù kà kò dò po-poò béin m̀ gbo kpáa. Đá **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-632-9700** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O buru na i na asu Igbo, oru enyemaka asusu, n'efu, diiri gi. Kpoo **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-632-9700** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'anída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłnih **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700** (TTY: **711**) फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

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 **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700** (TTY: **711**).

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost 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, and accessible electronic formats
- Provide no cost 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 **1-888-865-5813** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan 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 at: Member Relations Unit (MRU), Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE Atlanta, GA 30305-1736. Telephone Number: 1-888-865-5813.

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, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-865-5813** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-888-865-5813** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-865-5813** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-888-865-5813** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-865-5813** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

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 **1-888-865-5813** (TTY: **711**).

Notice of Nondiscrimination

Kaiser Permanente complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

We also:

- Provide no cost 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, and accessible electronic formats.
- Provide no cost 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 Member Services at **1-800-805-2739** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week.

If you believe that Kaiser Permanente 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 our Civil Rights Coordinator by writing to 711 Kapiolani Blvd, Honolulu, HI 96813 or calling Member Services at the number listed above. You can file a grievance by mail or phone. If you need help filing a grievance, our 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, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697** (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Chuuk (Chukese) MEI AUCHEA: Ika iei foosun fonuomw: Foosun Chuuk, iwe en mei tongeni omw kopwe angei aninisin chiakku, ese kamo.
Kori **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

‘Ōlelo Hawai‘i (Hawaiian) E NĀNĀ MAI: Inā ho‘opuka ‘oe i ka ‘ōlelo Hawai‘i, hiki iā ‘oe ke loa‘a i ke kōkua manuahi. E kelepona i ka helu **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Iloko (Ilocano) PAKDAAR: No agsasaoka iti Ilokano, dagiti awan bayadna a serbisio a para iti beddeng ti lengguahe ket sidadaan para kenka.
Awagan ti **1-800-966-5955** (TTY: **711**)

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-966-5955** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-966-5955** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ລັງຄຳ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-966-5955 (TTY: **711**).

Kajin Majōl (Marshallse) LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jerbal in jipañ ilo kajin ñe am ejjelōk wōñāān. Kaalōk **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Lokaiahn Pohnpei (Pohnpeian) MEHN KAIR: Ma komw kin lokiaiahn Pohnpei, wasahn sawas en palien lokaia kak sawas ni sohte isais.
Koahl nempe **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Faa-Samoa (Samoan) MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoani, e fai fua e leai se totagi, mo oe, Telefoni mai:
1-800-966-5955 (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Lea Faka-Tonga (Tongan) FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea Faka-Tonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

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 **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost 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, and accessible electronic formats
- Provide no cost 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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan 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 or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

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, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

In the event of dispute, the provisions of the approved English version of the form will control.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**)፡

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**)፡

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m̀ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béín m̀ gbo kpáa. Dá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (TTY: **711**)।

中文 (Chinese) 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-777-7902** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-777-7902** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRUBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gị. Kpọọ **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-777-7902** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłnih **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

اُردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-777-7902** (TTY: **711**)۔

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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost 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, and accessible electronic formats
- Provide no cost 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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan 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 or phone at: Member Relations, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232, telephone number: 1-800-813-2000.

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, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-813-2000** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-813-2000** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-813-2000** (TTY: **711**) まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-813-2000 (TTY: **711**).

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíłnih **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-813-2000** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) เรียน: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

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 **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Kaiser Permanente nondiscrimination notice and language access services

Nondiscrimination Notice

Kaiser Foundation Health Plan of Washington and Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (“Kaiser Permanente”) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, sexual orientation, or gender identity. Kaiser Permanente does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity. We also:

- Provide people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, braille, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact Member Services at **1-888-901-4636** (TTY 711).

If you believe that Kaiser Permanente has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, sex, sex characteristics (including intersex traits), pregnancy (or related conditions), sex stereotypes, sexual orientation, or gender identity, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A1N-22, Seattle, WA 98124-5191 or by calling **1-888-901-4636** (TTY 711). You can file a grievance in person or by mail, phone, or online at kp.org/wa/feedback. If you need help filing a grievance, our 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, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Complaint forms are available at

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/>

- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>

Help in your language

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call 1-888-901-4636 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al 1-888-901-4636 (TTY: 711).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 1-888-901-4636 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi 1-888-901-4636 (TTY: 711)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-888-901-4636 로 전화해 주세요(TTY 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки, включая соответствующие вспомогательные средства и услуги. Позвоните по номеру 1-888-901-4636 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-901-4636 (TTY 711).

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви володієте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги з мовної допомоги, включно із відповідною додатковою допомогою та послугами. Зателефонуйте за номером 1-888-901-4636 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Khmer) យកចិត្តទុកដាក់: បើអ្នកនិយាយខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា រួមទាំងជំនួយនិងសេវាសមស្រប នៅយកឥតគិតថ្លៃ មានចំពោះអ្នក។ ហៅ 1-888-901-4636 TTY 711)

日本語(Japanese): 注意事項: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。1-888-901-4636 までお電話ください (TTY: 711)。

አማርኛ (Amharic) ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ተገቢ የሆኑ ረዳት መርጃዎችን እና አገልግሎቶችን ጨምሮ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች በነጻ ይገኛሉ። በ 1-800-901-4636 (TTY 711)።

Afaan Oromoo (Oromo): XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromo dubbattu ta'e, Tajaajila gargaarsa afaanii, gargaarsota dabalataa fi tajaajiloota barbaachisoo kaffaltii irraa bilisa ta'an, isiniif ni jira. **1-888-901-4636** irratti bilbilaa (TTY 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-888-901-4636** (TTY 711).

(Arabic) العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية بما في ذلك من وسائل المساعدة والخدمات المناسبة
بالمجان. اتصل بالرقم **1-888-901-4636** (TTY 711)

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen die Sprachassistentenz mit entsprechenden Hilfsmitteln und Dienstleistungen kostenfrei zur Verfügung. Rufen Sie **1-888-901-4636** (TTY 711).

ລາວ (Laotian) ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງຊຸບະກອນ ແລະ ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ເໝາະສົມ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-888-901-4636** (TTY 711).

International Symbol for ASL (American Sign Language):

