

## Aviso general acerca de la no discriminación y los requerimientos de accesibilidad

El Plan Inter Valley Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas o las trata en forma diferente, en base o por razón de la raza, el color de la piel, la nacionalidad de origen, la edad, la discapacidad o el sexo.

El Plan Inter Valley Health proporciona ayudas y servicios gratuitos para las personas con discapacidades que les impide comunicarse efectivamente con nosotros, tal como intérpretes calificados del lenguaje de señas o información escrita en otros formatos (impresión con letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).

El Plan Inter Valley Health proporciona servicios gratuitos de idiomas para las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si usted necesita de estos servicios, contacte a la oficina de Servicios a los Miembros del Plan Inter Valley Health.

Si usted cree que el Plan Inter Valley Health falló en proporcionar estos servicios o discriminó de otro modo por razón de la raza, el color de la piel, la nacionalidad de origen, la edad, una discapacidad o el sexo, puede presentar una queja en persona, por teléfono, correo o fax a:

Inter Valley Health Plan  
Manager, Grievance and Appeals Department  
300 S. Park Avenue, Suite 300, Pomona, CA 91769-6002  
800-251-8191 Ext. 469, (TTY/TDD 711)  
FAX: 909-620-6413

Si necesita ayuda para presentar una queja, la oficina de Servicios a los Miembros del Plan Inter Valley Health está disponible para ayudarle.

O llenando el formulario "File a Grievance" (Presentar una queja) en nuestro sitio web: [www.ivhp.com/Appeals-Grievance](http://www.ivhp.com/Appeals-Grievance).

Usted también puede presentar una denuncia electrónica por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. LO puede hacer electrónicamente a través del Portal de Denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; o por correo regular o llamando a:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)  
Los formularios de denuncia están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

El Plan Inter Valley Health es una organización sin fines de lucro para el mantenimiento de la Salud (HMO) que posee un contrato de Medicare. La inscripción en el Plan Inter Valley Health depende de la renovación del contrato

## Multi-language Interpreter Services

**ENGLISH:** ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-251-8191. (TTY/TDD 711).

**SPANISH:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-251-8191. (TTY/TDD 711).

**CHINESE TRADITIONAL:** 注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-251-8191。(TTY/TDD 711)。

**CHINESE SIMPLIFIED:** 注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務，請致電 1-800-251-8191。(TTY/TDD 711)。

**VIETNAMESE:** CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin vui lòng gọi số 1-800-251-8191. (TTY/TDD 711).

**TAGALOG:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-251-8191. (TTY/TDD 711).

**KOREAN:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-251-8191 번으로 연락해 주십시오. (TTY/TDD 711).

**ARMENIAN:** Ուշադրութեամբ: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա Ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական օգնության ծառայություններ: Զանգահարե՛ք 1-800-251-8191 հեռախոսահամարով: Հեռատիպի համարն է՝ (TTY/TDD 711)

**(FARSI): PERSIAN** ینابز تالی هست، دینک یم وگت فگ یراف نابز هب رگا: هجوت دیری گب سامت 1-800-251-8191 هرامش اب. دشاب یم مهارف امش یارب ناگیار تروصب (TTY/TDD 711).

**RUSSIAN:** ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вы можете бесплатно получить услуги перевод;а. Звоните по телефону 1-800-251-8191 (TTY/TDD 711).

**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。お問合せ先 1-800-251-8191. (TTY/TDD 711).

**ARABIC:** كل رفاوت ةيوغ لال ةدعاسم لال تامدخ نإف، ةبب رعلال ثدحتت تنك اذإ: ةظوحلم: 711: ڤي صن لال فتاهال). 1-800-251-8191 م قرب لصتا. ن اجم لال ب

**PUNJABI:** ਧਿਆਨ ਦੇ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਾਹਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-251-8191 ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD 711)

**MON-KHMER, CAMBODIAN:** សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប៊ីសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ឬសំរោងខ្មែរ យើងនឹងផ្តល់ជូនការសំរាប់អ្នកសុំជំនួយភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ អាចមានសំរាប់ប៊ីសិនក៏។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-251-8191 ។ (TTY/TDD 711) ។

**HMONG:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob (Ntawv Suav - Hmoob), muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-251-8191. (TTY/TDD 711).

**HINDI:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। काल करें 1-800-251-8191, (TTY/TDD 711)।

**THAI:** โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-251-8191 (TTY/TDD 711).