차별금지 통지

차별은 법에 위배됩니다. *플랜* 은 연방 시민권법을 준수하며, *플랜*은 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 사람들을 차별하거나 배제하거나 달리 처우하지 않습니다.

*플랜*은 다음과 같은 서비스를 제공합니다.

* 효과적인 의사소통을 도와주기 위해 장애가 있는 사람들에게 다음과 같은 무료 지원과 서비스를 제공합니다.
* 자격을 갖춘 수화통역사
* 다른 형식(큰 활자체, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)의 서면 정보
* 주 언어가 영어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스 제공
* 자격을 갖춘 통역사
* 다른 언어로 작성된 정보

이런 서비스가 필요한 경우, 주 7일, 하루 24시간 *전화번호*로 전화하여 *플랜*에 문의하십시오.듣거나 말하는 데 문제가 있는 경우, 711로 캘리포니아 주 릴레이 서비스(CA Relay Service)에 연락하십시오.

**불만 제기 방법**

*플랜*이 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별에 근거하여 다른 방식으로 차별을 받았다고 생각하는 경우 *플랜*에 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 전화, 서면, 방문을 통해서 또는 전자적으로 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

* 전화로: 월요일~금요일, 오전 9시~오후 5시까지 1-800-779-0787로 고객 지원부에 연락하십시오*.* 듣거나 말하는 데 문제가 있는 경우 711로 연락하십시오.
* 서면으로: 불만 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음으로 보내주십시오.

Consumer Assistance

2000 Embarcadero Cove, Suite 400

Oakland, CA 94606

* 직접 방문: 서비스 제공자 사무실 또는 *Mental Health Association, 954 60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608*을 방문하여 불만을 제기하고자 한다고 말씀하십시오.

**민권 담당국**

또한 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services), 민권 담당국(Office for Civil Rights)에 전화, 서면 또는 전자적으로 민권 불만 제기를 할 수 있습니다.

* 전화로: **1-800-368-1019**로 전화하십시오. 말하기나 듣기에 문제가 있는 경우 **TTY/TDD 1-800-537-7697**로 전화하십시오.
* 서면으로: 불만 제기 양식을 작성하거나 다음으로 서신을 보내 주십시오.

**U.S. Department of Health and Human Services**

**200 Independence Avenue, SW**

**Room 509F, HHH Building**

**Washington, D.C. 20201**

불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

* 전자적으로: 민권 담당국 불만 제기 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)을 방문하십시오.