

NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



HEALTH | CHOICE
GENERATIONS

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

Steward Health Choice Generations:

Provides free aids 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:

Steward Health Choice Generations
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 510, Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
E-mail: HCH.GrievanceForms@steward.org

If you believe that Steward Health Choice Generations 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:

Steward Health Choice Generations
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 510, Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
E-mail: HCH.GrievanceForms@steward.org

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>.

Steward Health Choice Generations HMO SNP is a Health Plan with a Medicare contract and a contract with the state Medicaid program. Enrollment in Steward Health Choice Generations HMO SNP depends on contract renewal.

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

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN



HEALTH CHOICE
GENERATIONS

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

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

Steward Health Choice Generations:

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:

Steward Health Choice Generations
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 510, Phoenix, AZ 85008
Teléfono: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Correo electrónico: HCH.GrievanceForms@steward.org

Si considera que Steward Health Choice Generations 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:

Steward Health Choice Generations
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 510, Phoenix, AZ 85008
Teléfono: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Correo electrónico: HCH.GrievanceForms@steward.org

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>.

Steward Health Choice Generations HMO SNP es un plan de salud con contrato con Medicare y contrato con el programa de Medicaid estatal. La inscripción en Steward Health Choice Generations HMO SNP depende de la renovación de los contratos.

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y 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 1-800-656-8991 (TTY: 711), 8AM – 8PM, 7 days a week.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al 1-800-656-8991 (TTY: 711).

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 1-800-656-8991 (TTY: 711)。

Bilagáana bizaad doo bee yáníłti' dago dóó saad nááná ła' bee yáníłti'go, saad bee ata' hane', t'áá níík'eh, ná bee ahóót'i' . Kojí' hodíłnih 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português brasileiro, oferecemos serviços gratuitos de assistência para idiomas. Ligue para 1-800-656-8991 (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 1-800-656-8991 (TTY: 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر لديك خدمات المساعدة اللغوية، مجانًا. اتصل على 1-800-656-8991 (هاتف نصي: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Rele 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Fremdsprachenservice zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-656-8991 (TTY: 711) an.

ΠΡΟΣΟΧΗ: εάν μιλάτε Ελληνικά, μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό 1-800-656-8991 (TTY: 711).

સૂચના: જો તમે બોલતા હોવ, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સંપર્ક 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-656-8991 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero 1-800-656-8991 (TTY: 711).

MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES



HEALTH CHOICE
GENERATIONS

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

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：1-800-656-8991 (TTY: 711)

주의: 한국어를 사용하는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 1-800-656-8991 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ យើងផ្តល់សេវាអ្នកប្រែសម្រួលភាសាដល់លោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃនោះទេ។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-656-8991 (TTY: 711)។

नेपाली – बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन् । ध्यान दिनुहोस्: तपाईं 1-800-656-8991 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस् ।

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارائه می‌شود. با 1-800-656-8991 (TTY: 711) تماس بگیرید.

UWAGA: Jeżeli mówi Pan/Pani po polsku, oferujemy bezpłatne usługi pomocy językowej. Prosimy o kontakt pod numerem 1-800-656-8991 (telefon tekstowy (TTY: 711)).

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на Русский, вам бесплатно доступны услуги языковой поддержки. Звоните 1-800-656-8991 (телетайп: 711).

PAŽNJA: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su Vam besplatno. Pozovite 1-800-656-8991 (TTY: 711).

8991-656-800-1. 1-800-656-8991 (TTY: 711) 1-800-656-8991 (TTY: 711) 1-800-656-8991 (TTY: 711) 1-800-656-8991 (TTY: 711)

ATENSIYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, na walang singil, ay magagamit mo. Tumawag sa 1-800-656-8991 (TTY: 711).

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณจะสามารถใช้บริการความช่วยเหลือด้านภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-800-656-8991 (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 1-800-656-8991 (TTY: 711).