

## 비차별 고지

**Anthem HealthPlus Full Dual Advantage LTSS(HMO D-SNP) Medicaid Advantage Plus(MAP) 프로그램(Anthem)**은 연방 민권법을 준수합니다. **Anthem**은 인종, 피부색, 국적, 연령, 장애 또는 성별(45 CFR § 92.101(a)(2)에 정의된 바와 같이)을 이유로 사람들을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

**Anthem**은 다음을 제공합니다.

- 장애가 있는 분들과 더 원활한 소통을 위해 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
  - 자격이 되는 수화 통역사
  - 다른 형식으로 된 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식 및 기타 형식)
- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 이들에게는 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
  - 자격이 되는 통역사
  - 다른 언어로 작성된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하시다면 **Anthem**에 877-269-5706 번으로 전화해 주십시오. TTY/TDD 서비스는 711 번으로 전화해 주십시오.

**Anthem**이 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 국적, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 귀하를 다르게 대우했다고 생각하시면, 고충 사항 및 이의 제기 담당자에게 고충 사항을 제기하실 수 있습니다.

- 우편: 4361 Irwin Simpson Rd. Mailstop: OH0205-A537, Mason, OH 45040
- 전화: 877-269-5706(TTY/TDD 서비스는 711)
- 팩스: 888-458-1406
- 직접 방문: 1985 Marcus Ave. – Suite 150, Lake Success, NY 11042
- 이메일: [dl-nycomplaints&grievances@anthem.com](mailto:dl-nycomplaints&grievances@anthem.com)



또한 미국 보건복지부 민권 담당국에 다음의 방법으로 민권 불만 제기를 하실 수도 있습니다.

- 웹: 시민권 사무소 불만 사항 포털  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- 우편: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
불만 제기 양식은 다음에서 이용할 수 있습니다.  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 전화: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

이 고지는 Anthem 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다. [anthembluecross.com/nyplans](http://anthembluecross.com/nyplans).