

# Notice of Non-Discrimination



Health  
Choice

## In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

Health Choice Pathway (HMO D-SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). Health Choice Pathway does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

Health Choice Pathway:

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:

Health Choice Pathway  
**Address:** 410 N. 44th Street, Ste. 900  
Phoenix, AZ 85008  
**Phone:** 1-800-656-8991  
**Fax:** 480-760-4739  
**TTY:** 711  
**Email:** HCHComments@azblue.com

If you believe that Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

Health Choice Pathway  
**Address:** 410 N. 44th Street, Ste. 900  
Phoenix, AZ 85008  
**Phone:** 1-800-656-8991  
**Fax:** 480-760-4739  
**TTY:** 711  
**Email:** HCH.GrievanceForms@azblue.com

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, 1-800-537-7697 (TDD)**

Complaint forms are available at  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Choice Pathway is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.

# Aviso de No Discriminación



Health  
Choice

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

Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Health Choice Pathway:

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:

Health Choice Pathway  
**Dirección:** 410 N. 44th Street, Ste. 900  
Phoenix, AZ 85008  
**Teléfono:** 1-800-656-8991  
**Fax:** 480-760-4739  
**TTY:** 711  
**Correo electrónico:** [HCHComments@azblue.com](mailto:HCHComments@azblue.com)

Si considera que Health Choice Pathway 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 (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Pathway  
**Dirección:** 410 N. 44th Street, Ste. 900  
Phoenix, AZ 85008  
**Teléfono:** 1-800-656-8991  
**Fax:** 480-760-4739  
**TTY:** 711  
**Correo electrónico:**  
[HCH.GrievanceForms@azblue.com](mailto:HCH.GrievanceForms@azblue.com)

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, 1-800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.  
H5587\_NoticeofNonDiscrim2022\_C es

# Multi-Language Interpreter Services



Health  
Choice

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)**, 8 a.m. – 8 p.m., 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)**.

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)**

Bilagáana bizaad doo bee yáníl'ti' dago dóo saad náána' la' bee yáníl'ti' go, saad bee ata' hane', t'áá níik'eh, ná bee ahóót'i'. Koji' hodílnih **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 (TDD: 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، مجاناً. 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 हन्दिी बोलते हैं, तो आपके लएि भाषा सहायता सेवाएं नःशुल्क उपलब्ध हैं। **1-800-656-8991 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

# Multi-Language Interpreter Services



Health  
Choice

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **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**)。

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

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

FAKATOKANGA': 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**).

සුභසන්නිවේදන සේවාව: ඔබේ මවු වචනවලට සහතිකයක් ලෙසින්, ඔබට නොමිලේ භාෂා සහතික සේවාවක් ලබාදීමට අවස්ථාවක් ඇත. සුභසන්නිවේදන සේවාවට දුරකථන අංකය **1-800-656-8991** (TTY: **711**) වේ.

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**).

PAŽNJA: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su Vam besplatno. Pozovite **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**).

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

مَعْبَرَةٌ نَوْءًا: اَيْنَ بَعَالَتُوكُمْ دَمَخِجَةٌ (لِسْنَا أُسُورِيًّا) وَبِمَجَنِّ دَلَا أَجْرًا بِنَيْسًا دَتَشْمِشَةً وَعَدْرَنَةً. **1-800-656-8991** (TTY: **711**) عُبُودٌ شَقَلِيْبَةٌ بَنِّ مَنِيْنًا.