

**Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)** 符合適用之聯邦民權法，不會因個人的種族、膚色、國籍、年齡、身體殘障或性別 (包括懷孕和性取向) 而歧視他人。**Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)** 不因人們的種族、膚色、國籍、年齡、身體殘障或性別 (包括懷孕和性取向)，而排除他們或有差別待遇。

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)

- 為殘疾人提供免費的幫助和服務，以便與我們有效溝通，如：
  - 合格的手語翻譯
  - 其他格式的文字資料 (大型輸出、音訊、易於取用的電子格式、其他格式)
- 為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：
  - 合格口譯員
  - 以其他語言撰寫的資訊
- 如果您需要這些服務，請撥打 1-866-549-8289 (TTY 711) 與我們聯絡。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，可能會要求您留言。我們將在下一個工作日內回電給您。

如果您認為 **Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)** 未能提供這些服務，或因為種族、膚色、國籍、年齡、身體殘障或性別 (包括懷孕和性取向) 而有所歧視，您可以在此提出申訴：

**1557 Coordinator**

**PO Box 31384, Tampa, FL 33631**

**855-577-8234**

**TTY : 711**

**傳真 : 866-388-1769**

**SM\_Section1557Coord@centene.com**

您可以透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您需要幫助提出申訴，**1557 協調員**可以幫助您。

您還可以透過 Office for Civil Rights 投訴入口網站，以電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 提交民權投訴，網站為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過郵寄或電話：

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)

投訴表格可於此網站 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> 取得。