

## Nondiscrimination statement and language assistance services

If you, or someone you're helping, has questions about your group health plan, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call the telephone number on your ID card.

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de su plan de salud grupal, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al número de teléfono que se indica en su tarjeta de identificación.

如果您，或是您正在協助的對象，有關於您的集團健康計畫的問題，您有權免費以您的母語得到幫助和訊息。如需洽詢翻譯員，請撥打您的 ID 卡片上的電話號碼。

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу вашего группового плана медицинского страхования, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

Si oumenm, oswa yon moun wap ede gen kesyon konsènan plan sante gwoup ou an, ou gen dwa pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang sa ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan nimewo telefòn ki sou ID kat ou a.

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 귀하의 그룹 건강 보험 플랜에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 귀하의 ID 카드에 있는 전화번호로 전화하십시오.

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande sul vostro programma sanitario di gruppo, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero di telefono presenta sulla carta di identità.

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące programu grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer telefonu podany na swojej karcie ubezpieczenia.

إذا كان لديك، أو لدى أي شخص تقدم له المساعدة، أي أسئلة عن البرنامج الصحي الجماعي الخاص بك، يحق لك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك الأم مجانًا. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل برقم الهاتف الموضح في بطاقة الهوية الخاصة بك.

Si vous, ou quelqu'un que vous aidez, avez des questions à propos de la couverture santé de votre groupe, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des informations, dans votre langue et gratuitement. Pour parler à un interprète, appelez le numéro de téléphone indiqué sur votre carte d'identification.

Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa iyong group health plan, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa numero ng telepono sa iyong ID card.

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về bảo hiểm y tế nhóm của quý vị, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số điện thoại trên thẻ ID của quý vị.

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Ihrem Gruppengesundheitsplan haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Telefonnummer auf Ihrem Ausweis an.

## Nondiscrimination statement and language assistance services (cont'd)

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、お客様のグループヘルスプランについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、お客様の ID カードに記載の電話番号までお電話ください。

اگر شما، یا کسی که به او یاری می‌رسانید، سوالاتی درباره طرح سلامت گروه خود دارید، از این حق برخوردارید که کمک‌ها و اطلاعاتی را به صورت رایگان به زبان خود دریافت نمایید. برای صحبت با یک مترجم شفاهی، با شماره تلفن روی کارت شناسایی خود تماس حاصل نمایید.

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o seu plano de saúde em grupo, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para o número de telefone em seu cartão de Identificação (ID card).

### Discrimination is Against the Law

Your group health plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Your group health plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Your group health plan:

- 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, call the telephone number on your ID card.

If you believe that your group health plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, Compliance Department, P.O. Box 2066, Buffalo, NY 14221, fax (716) 932-5099 Attn: Compliance, [compliance@novahealthcare.com](mailto:compliance@novahealthcare.com). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our Customer Service Department 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>.