

### **Nondiscrimination Statement**

It is the policy of UnitedHealthcare Community Plan not to discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. UnitedHealthcare Community Plan has adopted an internal grievance procedure providing for prompt and equitable resolution of complaints alleging any action prohibited by Section 1557 of the Affordable Care Act (42 U.S.C. 18116) and its implementing regulations at 45 CFR part 92, issued by the U.S. Department of Health and Human Services. Section 1557 prohibits discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability in certain health programs and activities. Section 1557 and its implementing regulations may be examined in the office of Civil Rights Coordinator who has been designated to coordinate the efforts of UnitedHealthcare Community Plan to comply with Section 1557.

Any person who believes someone has been subjected to discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability may file a grievance under this procedure. It is against the law for UnitedHealthcare Community Plan to retaliate against anyone who opposes discrimination, files a grievance, or participates in the investigation of a grievance.

You can send a complaint to:

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130  
**[UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)**

Procedure:

- Grievances must be submitted to the Section 1557 Coordinator within 60 days of the date the person filing the grievance becomes aware of the alleged discriminatory action.
- A complaint must be in writing, containing the name and address of the person filing it. The complaint must state the problem or action alleged to be discriminatory and the remedy or relief sought.
- The Section 1557 Coordinator (or her/his designee) shall conduct an investigation of the complaint. This investigation may be informal, but it will be thorough, affording all interested persons an opportunity to submit evidence relevant to the complaint. The Section 1557 Coordinator will maintain the files and records of UnitedHealthcare Community Plan relating to such grievances. To the extent possible, and in accordance with applicable law, the Section 1557 Coordinator will take appropriate steps to preserve the confidentiality of files and records relating to grievances and will share them only with those who have a need to know.
- The Section 1557 Coordinator will issue a written decision on the grievance, based on a preponderance of the evidence, no later than 30 days after its filing, including a notice to the complainant of their right to pursue further administrative or legal remedies.

The availability and use of this grievance procedure does not prevent a person from pursuing other legal or administrative remedies, including filing a complaint of discrimination on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability in court or with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. A person can file a complaint of discrimination electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, which is available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 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

**1-800-868-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

Complaint forms are available at: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Such complaints must be filed within 180 days of the date of the alleged discrimination.

UnitedHealthcare Community Plan will make appropriate arrangements to ensure that individuals with disabilities and individuals with limited English proficiency are provided auxiliary aids and services or language assistance services, respectively, if needed to participate in this grievance process. Such arrangements may include, but are not limited to, providing qualified interpreters, providing taped cassettes of material for individuals with low vision, or assuring a barrier-free location for the proceedings. The Section 1557 Coordinator will be responsible for such arrangements.

## **Declaración Antidiscriminatoria**

La política de UnitedHealthcare Community Plan es la de no discriminar en base a la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. UnitedHealthcare Community Plan ha adoptado un procedimiento interno en casos de agravios para proveer una pronta y justa resolución a reclamaciones en las cuáles se alegue cualquier acción prohibida por la Sección 1557 del Acta de Cuidados Asequibles (Affordable Care Act - 42 U.S.C. 18116) y la implementación de sus regulaciones en 45 CFR parte 92, emitidas por el Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). La Sección 1557 prohíbe la discriminación en bases de la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la discapacitación en ciertos programas de salud y de actividades. La Sección 1557 y sus regulaciones implementadas pueden ser examinadas en la oficina del Coordinador de los Derechos Civiles, quien es una persona que ha sido designada para coordinar los esfuerzos de UnitedHealthcare Community Plan para cumplir con los requisitos de la Sección 1557.

Cualquier persona que crea que alguien ha sido discriminado en base a su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad puede presentar una reclamación siguiendo este procedimiento. Es contra la ley que UnitedHealthcare Community Plan tome represalias en contra de cualquier persona que se oponga a la discriminación, presente una reclamación o participe en una investigación acerca de una acción discriminatoria.

Usted puede enviar una queja a:

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130  
**[UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)**

Procedimiento:

- Las reclamaciones deben presentarse ante el Coordinador de la Sección 1557 dentro de los primeros 60 días, a partir de la fecha en que la persona que presenta la reclamación tomó consciencia de ser objeto de una posible acción discriminatoria.
- Una reclamación debe presentarse por escrito y contener el nombre y la dirección de la persona que la presenta. La reclamación debe declarar cual es el problema o la posible acción discriminatoria y cuál es la solución o asistencia que se desea obtener.
- El Coordinador de la Sección 1557 (o la persona que se designe) podrá conducir una investigación acerca de esta reclamación. Esta investigación puede ser informal, pero será exhaustiva, ofreciendo a todas las personas interesadas una oportunidad para presentar evidencias relevantes a la reclamación. El Coordinador de la Sección 1557 conservará en su poder todos los expedientes y records de UnitedHealthcare Community Plan relativos a tales reclamaciones. En la medida posible y de acuerdo a las leyes vigentes aplicables,

el Coordinador de la Sección 1557 tomará todas las acciones necesarias para preservar la confidencialidad de los expedientes y records relativos a las reclamaciones y compartirá la información solamente con aquellas personas que tengan la necesidad de conocer esa información.

- El Coordinador de la Sección 1557 emitirá una decisión acerca de la reclamación, basándose en la preponderancia de la evidencia, no más tarde de 30 días a partir de la fecha en que se presentó esta reclamación y se incluirá una notificación para el demandante acerca de su derecho para proseguir con esta reclamación por medio de otras resoluciones legales o administrativas.

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de reclamaciones no le impide a la persona que la presenta, proseguir con otras reclamaciones legales o administrativas, incluyendo la presentación de una reclamación por discriminación basada en la raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en la corte o ante el Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos, Oficina de los Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). Una persona puede presentar una reclamación por discriminación electrónicamente a través del portal de la Oficina de Reclamaciones para los Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o hacerlo por correo a la dirección:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
**1-800-868-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

Las formas para las reclamaciones se encuentran disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Estas reclamaciones deben presentarse dentro de los primeros 180 días a partir de la fecha en que esta posible acción discriminatoria tuvo lugar.

UnitedHealthcare Community Plan llevará a cabo todos los arreglos necesarios para asegurar que a las personas con discapacidades o aquellas personas con un limitado dominio del idioma inglés se les provea con apoyos auxiliares y servicios o asistencia en el lenguaje, respectivamente, si existe la necesidad de que estas personas tengan que participar en este procedimiento de reclamación. Tales arreglos pueden incluir, pero no estar limitados a, proveer intérpretes calificados, proveer casetes conteniendo el material para aquellos individuos con problemas de visión o asegurando localidades existentes para los procedimientos que sean libres de barreras que impidan el acceso a los procedimientos. El Coordinador de la Sección 1557 será la parte responsable para esos arreglos.

## Language Accessibility Statement

### Interpreter Services Are Available for Free

*Help is available in your language: 1-800-318-8821, TTY 711.*

*These services are available for free.*

#### **Español/Spanish**

Hay ayuda disponible en su idioma: **1-800-318-8821, TTY 711**. Estos servicios están disponibles de forma gratuita.

#### **አማርኛ/Amharic**

እገዛ በቋንቋዎ ማግኘት ይቻላል፡- **1-800-318-8821** መስማት ለተሳናቸው/ **TTY:- 711**።

እነዚህን አገልግሎቶች ያለ ምንም ክፍያ ማግኘት ይቻላል።

#### **العربية/Arabic**

المساعدة متوفرة بلغتك: اتصل على الرقم **1-800-318-8821**، الهاتف النصي: **711**. هذه الخدمات متوفرة مجاناً.

#### **中文/Chinese**

用您的语言为您提供帮助: **1-800-318-8821, TTY 711**。这些服务都是免费的。

#### **فارسی/Farsi**

خط تلفن کمک به زبانی که شما صحبت می کنید: **1-800-318-8821**، خط تماس برای افراد ناشنوا **711**. این خدمات به صورت رایگان در دسترس هستند.

#### **Français/French**

Vous pouvez disposer d'une assistance dans votre langue : **1-800-318-8821, TTY 711**. Ces services sont disponibles gratuitement.

#### **ગુજરાતી/Gujarati**

તમારી ભાષામાં મદદ ઉપલબ્ધ છે: **1-800-318-8821** ટીટીવાય: **711**. આ સેવાઓ મફત ઉપલબ્ધ છે.

#### **Kreyòl Ayisyen/Haitian Creole**

Gen èd ki disponib nan lang ou: **1-800-318-8821, TTY 711**. Sèvis sa yo disponib gratis.

**Igbo**

Ọrụ Ndị Ọkọwa Okwu Dị N'efu Enyemaka dị n'asụsụ gị: 1-800-318-8821, TTY 711. Ọrụ ndị a dị n'efu.

**한국어/Korean**

사용하시는 언어로 지원해드립니다: 1-800-318-8821, TTY 711. 이 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Português/Portuguese**

Está disponível ajuda no seu idioma: 1-800-318-8821, TTY 711. Estes serviços são disponibilizados gratuitamente.

**Русский/Russian**

Помощь доступна на вашем языке: 1-800-318-8821, TTY 711. Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Tagalog**

Makakakuha kayo ng tulong sa inyong wika: 1-800-318-8821, TTY 711. Ang mga serbisyong ito ay makukuha ng libre.

**Urdu/اردو**

آپ کی زبان میں مدد دستیاب ہے: 1-800-318-8821، ٹی ٹی وائی: 711۔ یہ خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔

**Tiếng Việt/Vietnamese**

Có hỗ trợ ngôn ngữ của quý vị: 1-800-318-8821, TTY 711. Các dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

**Yorùbá/Yoruba**

Ìrànìlọwọ wà ní àrọwọtó ní èdè rẹ: 1-800-318-8821, TTY 711. Àwọn isẹ yíi wà ní àrọwọtó lófèè.

**Bassa**

U nla kosna mahola ni hop won l nsinga ini: 1-800-318-8821, TTY 711. Ngui nsaa wogui wo.