

## Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 은(는) 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 누군가를 배제하거나 다른 방식으로 대우하지 않습니다.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 은 또한 해당 주 법을 준수하고 신념, 성별, 성별 표현이나 성 정체성, 성적 지향, 결혼 유무, 종교, 명예 제대한 퇴역군인이나 군복무 유무, 또는 훈련된 안내견이나 도우미 동물의 도움을 받는 장애인이라는 이유로 차별하지 않습니다.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- 장애인들이 저희와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원과 서비스를 제공합니다.
  - 자격있는 수화 통역자
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 음성, 사용 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 이들에게는 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
  - 자격있는 통역자
  - 다른 언어로 작성된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하시면 1-855-923-4633 에 연락하십시오.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 이 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 식으로 차별을 했다고 생각되시면, 다음 기관에게 불만을 제기하실 수 있습니다 :

|  |   |
|--|---|
| Washington Health Benefit Exchange Legal Department<br>ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator<br>PO Box 1757<br>Olympia, WA 98507-1757<br>1-855-859-2512<br>Fax: 360-841-7653<br><a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a> | Health Care Authority Division of Legal Services<br>ATTN: Compliance Officer<br>PO Box 42700<br>Olympia, WA 98504-2700<br>1-855-682-0787<br>Fax: 360-586-9551<br><a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a> |
|--|---|

(으)로 연락하여 불만을 제기하실 수 있습니다. 직접 방문하거나 우편, 팩스 또는 이메일로 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기와 관련하여 도움이 필요하시면, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services (으)로부터 지원을 받으실 수 있습니다.

또한 공민권 민원을 미국 Department of Health and Human Services (보건복지부), Office for Civil Rights (시민권 사무국)에 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 에 있는 시민권 사무국 민원 포털을 통해 전자 방식으로 제출하거나 우편이나 전화로 제출할 수 있습니다. 주소 및 연락처는 다음과 같습니다.

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)

민원 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에 있습니다.