



# LANGUAGE ASSISTANCE

Community Health Choice, Inc. is required by federal law to provide the following information.

## NON-DISCRIMINATION STATEMENT (MEDICAID)

Community Health Choice, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Choice, Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Choice, Inc. 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). Community Health Choice, Inc. provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Community Health Choice, Inc. Customer Service Care Center at 1.888.760.2600. If you believe that Community Health Choice, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance.

You can file a grievance in person or by mail, fax or email:

### Service Improvement Department

2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, Texas 77054

Phone: 1.888.760.2600

Email: ServicelImprovement@CommunityHealthChoice.org

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)

## Arabic

تتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة، وتتعلق هذه المعلومات بالعملة في الإشعار بخصوص مطليك أو التغطية تحت التأمين الصحي. ابتعث عن التأمين الهيئة في هذا الإشعار، قد تحتاج لأخذ إجراءات قبل مواعيد محددة المغاظ على كلينك الصحي أو مساعدتك في نفع الكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بذلك دون أي تكفة. اتصل على 1.888.760.2600.

## English

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.888.760.2600.

## German

Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihrer Versicherungsschutzes bzw. finanzieller Unterstützung zu gewährleisten. Sie haben ein Recht auf die kostenfreie Bereitstellung dieser Informationen und weiterer Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.888.760.2600.

## Hindi

इस सूचनामे महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचनामे आपके आवेदन या Community Health Choice द्वारा करवेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचनामे महत्वपूर्ण तारीखों के लिए खोजिये। आप अपने स्वास्थ्यके करवेज रखने के लिए या लागत के मदद के लिए निम्नलिखित समय सीमाओं करेंगाई करना जरूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में इस जानकारी और सहायता निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.888.760.2600 बुलाइये।

## Korean

이 통지서는 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서는 Community Health Choice를 통한 귀하의 신청이나 보험료에 대해 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서에서 주요 날짜를 확인하십시오. 귀하의 건강보험 보장을 유지하거나 비용에서 도움을 받기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.888.760.2600으로 연락하십시오.

## Persian

آن اطلاعیه خارجی اطلاعات مهمی پاشد. آن اطلاعیه خارجی تکت مهندی درباره تقاضاهای و پوشش بهم ای شما توسعه میکند. Community Health Choice به تاریخ های تک شده در این اطلاعیه توجه نمایید. به متنظر برقرار تکمیل شدن پوشش بهم ای با دریافت کمک هزینه، ممکن است نیاز پاشد که تا مهلت های مقرر، اقداماتی را جای دهد. حق شماست که این اطلاعات و مک را بطور رایگان به زبان خودتان دریافت نمایید. شماره تلفن 1.888.760.2600 میگیرید.

## Spanish or Spanish Creole

Este aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Community Health Choice. Preste atención a las fechas clave que se incluyen en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al teléfono 1.888.760.2600.

## Urdu

اپ نوشن میں ام معلومات بیب، اس نوشن میں Community Health Choice کے ذریعے اب کی درخواست بایوپس کی تحفظ سے متعلق ام معلومات بیب پاشد۔ اس نوشن میں ام تاریخوں کو دیہیے اپنی صحت کے بھی کسی تھنخ کو برقرار رکھیے اپنی اخراجات میں مدد کئے اپ کو کچھھ مامن نازیخون نکل کارروائی کرنے کی ضرورت بوسکی ہے۔ اپ کو ان معلومات اور مدد کو اپنی زبان میں منت حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ 1.888.760.2600۔

COMMUNITY  
HEALTH CHOICE

## Vietnamese

Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời hạn nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của bạn miễn phí. Xin gọi 1.888.760.2600.

## Tagalog

Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseguro sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng pesta sa notisyang ito. Maaring kailangan kayong gawin bago ang mga itinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulungan kayo sa mga kailangan babayaran. Gaya may karapatang makatanggap nitong impormasyon ay makatanggap ng pagasalín sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.888.760.2600.

## Russian

Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемым Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.888.760.2600.

## Vietnamese

Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm qua chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời hạn nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của bạn miễn phí. Xin gọi 1.888.760.2600.