

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
Family Assistance Administration

## NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

The Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) and the Department of Economic Security (DES) comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. AHCCCS and DES do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. AHCCCS and DES provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats). AHCCCS and DES provide 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 Health-e-Arizona Plus Customer Support Center at 1-855-432-7587 (TTY: 711). Also, under the Food Stamp Act and USDA policy, DES is prohibited from discriminating on the basis of religion or political beliefs.

If you believe that AHCCCS or DES 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. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination.

Submit your AHCCCS grievance to: General Counsel, AHCCCS Administration, Office of Administrative Legal Services, MD 6200, 801 E. Jefferson, Phoenix, AZ 85034 Fax: (602) 253-9115 Email: [EqualAccess@azahcccs.gov](mailto:EqualAccess@azahcccs.gov). You can also file an AHCCCS 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/smartscreen/main.jsf>, or by mail at

Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: (202) 368-1019 (voice), 800-368-1019 (toll-free), 800-537-7697 (TTY). Email: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Submit your DES discrimination complaint/grievance to: Arizona Department of Economic Security, Office of Equal Opportunity, P.O. Box 6123, Mail Drop 1119, Phoenix, Arizona 85005-6123; or by fax: (602) 364-3982. Email: [OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov](mailto:OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov)

DHHS: Write DHHS, U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D. C. 20201 or call (202) 368-1019 (voice), (800) 368-1019 (toll-free) or (800) 537-7697 (TTY). Fax (202) 619-3818. Form: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Email: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

USDA: You may complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, or at any USDA office. For help filling out the form, call: (833) 620-1071 (toll-free customer service) or (800) 877-8339 (relay voice users). You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or email: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

El programa de seguro médico público estatal *Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)* y el Departamento de Seguridad Económica (*Department of Economic Security / DES*) cumplen con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminan por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Las agencias *AHCCCS* y *DES* no excluyen a las personas ni las tratan de manera distinta por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Las agencias *AHCCCS* y *DES* proporcionan ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como intérpretes de idioma de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos). Las agencias *AHCCCS* y *DES* proporcionan servicios gratuitos de idiomas para las personas cuyas lenguas vernáculas no sean el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesitara estos servicios, comuníquese con el Centro de Servicios a Clientes de *Health-Arizona Plus* al 1-855-432-7587 (TTY: 711). Además, de conformidad con la Ley General de las Estampillas Para Alimentos (*Food Stamp Act*) y la política de la Secretaría Federal de Agricultura de los Estados Unidos (*United States Department of Agriculture*), se le prohíbe al DES discriminar por motivo de creencias religiosas o políticas.

Si le pareciera que las agencias *AHCCCS* o *DES* no le proporcionaron estos servicios o discriminaron de cualquier otra manera por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, podrá presentar una querrela. Podrá presentar la querrela en persona, por correo, por fax o por correo electrónico (*email*). Su querrela deberá constar por escrito y deberá presentarse en los 180 días siguientes a la fecha en la que la persona que presente la querrela se percatara de lo que le pareciera un discrimen.

Presente su querella contra AHCCCS a:

*General Counsel*

*AHCCCS Administration*

*Office of Administrative Legal Services*

*801 E. Jefferson St.*

*MD 6200*

*Phoenix, AZ 85034*

Por fax al (602) 253-9115; por correo electrónico (*email*) mediante

[EqualAccess@azahcccs.gov](mailto:EqualAccess@azahcccs.gov).

También podrá presentar una querella de derechos civiles contra AHCCCS ante la Oficina de Derechos Civiles de la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos (*U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) electrónicamente mediante el Portal de Querellas de la Oficina de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights Complaint Portal*), disponible mediante <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; o por correo a:

*Office for Civil Rights*

*U.S. Department of Health and Human Services*

*200 Independence Avenue, SW*

*Room 509F, HHH Building*

*Washington, D.C. 20201*

O por teléfono al 800-368-1019 (teléfono gratuito), (202) 368-1019 (voz), 800-537-7697 (TTY), y (202) 619-3818 para fax. Correo electrónico:

[OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). La forma de querella está disponible mediante <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Presente su querella por discrimen contra DES a:

*Arizona Department of Economic Security, Office of Equal Opportunity,*

*P. O. Box 6123, Mail Drop 1119, Phoenix, Arizona 85005-6123; o por*

*fax: (602) 364-3982. Correo electrónico: [OfficeofEqualOpportunity@](mailto:OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov)*

*[azdes.gov](mailto:OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov).*

Ante la Secretaría Federal de Salud y Servicios Humanos (DHHS):  
Escriba a: *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D. C. 20201*; o llame al (202) 368-1019 (por voz), (800) 368-1019 (teléfono gratuito), o (800) 537-7697 (TTY). Fax: (202) 619-3818. Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov). La forma de querrela está disponible mediante <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Ante la Secretaría Federal de Agricultura (USDA): Podrá rellenar la \*Forma de querrela por discrimen en programas de la Secretaría Federal de Agricultura.\* (*USDA Program Discrimination Complaint Form*) por Internet en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> o en cualquier oficina de USDA. Para obtener ayuda para completar el formulario, llame al: (833) 620-1071 (servicio de atención al cliente gratuito), (800) 877-8339 (retransmitir usuarios de voz). También podrá escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en la forma. Envíenos su forma rellena o carta de querrela por correo a: *Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or email: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)*.

