**اطلاعیه عدم تبعیض**

[هویت فرد مشارکت کننده]

تبعیض خلاف قانون است. از قوانین حقوق مدنی ایالت و فدرال تبعیت می کند. بطور غیر قانونی در مورد کسی تبعیض قایل نمی شود، افراد را حذف نمی کند، به دلیل جنسیت، نژاد، رنگ پوست، تبار، خاستگاه ملی، تعلق به گروه قومی، سن، معلولیت روانی، معلولیت جسمانی، مشکلات پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، جنسیتی که فرد خود را به آن می خواند و سوگیری جنسی،برخورد متفاوتی با آنها ندارد.

[هویت فرد مشارکت کننده]

 خدمات زیر را ارایه می دهد:

* کمک و خدمات رایگان به افرادی که معلولیت دارند که به آنها کمک شود، بهتر ارتباط برقرار کنند. مانند:
* مترجمان افراد ناشنوا یا لال
* اطلاعات کتبی در قالب های دیگر (با حروف درشت، خط بریل، صوتی یا قالبهای الکترونیکی قابل دسترس)
* خدمات زبان رایگان برای افرادی که زبان مادریشان انگلیسی نیست، مانند:
* مترجمان شفاهی آموزش دیده
* اطلاعاتی که به زبانهای دیگر نوشته شده است

[هویت فرد مشارکت کننده]

اگر به این خدمات نیاز دارید با ، با بین [ساعت های کاری] با [شماره تلفن] تماس بگیرید. یا اگر نمی توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفأ به [شماره تلفن مختص افراد ناشنوا] تلفن کنید. در صورت درخواست، این مطلب می تواند در قالب بریل، حروف درشت، صوتی یا قالبهای الکترونیکی قابل دسترس برای شما ارایه شود.

**چگونه یک شکایت را طرح کنید**

[هویت فرد مشارکت کننده]

در صورتی که باور دارید ک ه در ارایه این خدمات نا موفق بوده یا به نحو دیگری بر مبنای جنسیت، نژاد، رنگ پوست، تبار، ملیت، تعلق به گروه قومی، سن، معلولیت روانی، معلولیت جسمانی، مشکلات پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، جنسیتی که فرد برای خود را به آن می خواند و سوگیری جنسی به طور غیر قانونی تبعیض قایل شده است، شما می توانید شکایتی را با [هویت هماهنگ کننده حقوق مدنی] مطرح کنید. شما می توانید شکایت خود را از طریق تلفن، به صورت کتبی، به طور حضوری یا به صورت الکترونیکی ثبت کنید:

**به وسیله تلفن:** با [هویت هماهنگ کننده حقوق مدنی] بین [ساعت های کاری ] با شماره تلفن [شماره تلفن]. یا اگر نمی توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفا به شماره [شماره مختص افراد ناشنوا] تلفن کنید.

**به صورت کتبی**: یک فرم شکایت را پر کنید یا یک نامه بنویسید و به آدرس زیر بفرستید:

[هویت هماهنگ کننده حقوق مدنی]

[هویت فرد مشارکت کننده]

**به صورت حضوری:** به مطب دکترتان مراجعه کنید یا به و بگویید می خواهید یک شکایت را ثبت کنید.

[هویت فرد مشارکت کننده]

**به صورت الکترونیکی:** مراجعه کنید به وب سایت به آدرس [لینک وب سایت]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_دفتر حقوق مدنی – اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا

شما هم چنین می توانید شکایتی مرتبط با حقوق مدنی را با اداره خدمات بهداشتی کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی از طریق تلفن، به صورت کتبی یا الکترونیکی ثبت کنید:

با تلفن: به شماره تلفن **7370-440-916** تلفن کنید. اگر نمی توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید با شماره **711** تماس بگیرید **(برنامه ارتباطات ناشنوایان و معلولین ایالت کالیفرنیا)**

به طور کتبی: یک فرم شکایت را پر کنید یا یک نامه به آدرس زیر بفرستید:

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413 MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

فرم های شکایت را از وب سایت زیر تهیه کنید:

https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures

به صورت الکترونیکی: به

 CivilRights@dhcs.ca.gov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**دفتر حقوق مدنی – سازمان خدمات انسانی و بهداشتی آمریکا**

اگر باور دارید که بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت یا جنس مورد تبعیض قرار گرفته اید، می توانید یک شکایت مرتبط با حقوق مدنی را در سازمان خدمات انسانی و بهداشتی آمریکا از طریق تلفن، به طور کتبی، یا به صورت الکتروینکی ثبت کنید:

با تلفن: با شماره تلفن **1019-368-800-1** تماس بگیرید یا اگر نمی توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید با شماره خاص ناشنوایان **7697-537- 800 - 1** تماس بگیرید.

به صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا یک نامه به آدرس زیر ارسال کنید:

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

**200 Independence Avenue, SW**

**Room 509F, HHH Building**

**Washington, D.C. 20201**

فرم های شکایت در وب سایت زیر در دسترس هستند:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

به صورت الکترونیکی: به وب سایت ورودی شکایت دفتر حقوق مدنی مراجعه کنید:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf