**ประกาศเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ**

การเลือกปฏิบัติเป็นการกระทำอันขัดต่อกฎหมาย *[หน่วยงานพันธมิตร]* จะปฏิบัติตามกฎหมายสิทธิพลเมืองของรัฐและรัฐบาลกลาง *[หน่วยงานพันธมิตร]* จะไม่เลือกปฏิบัติที่ขัดต่อข้อกฎหมาย กีดกันบุคคล หรือปฏิบัติต่อบุคคลด้วยความแตกต่างกันอันเนื่องจากเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา บรรพบุรุษ สัญชาติ การระบุกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความพิการทางจิต ความพิการทางกาย สภาวะด้านการรักษาพยาบาล ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพการสมรส เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ

*[หน่วยงานพันธมิตร]* จะจัดเตรียม:

* ความช่วยเหลือและบริการฟรีแก่บุคคลผู้พิการเพื่อช่วยให้สามารถสื่อสารได้ดีขึ้น อาทิ
	+ ล่ามภาษามือที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
	+ ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่นๆ (ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ อักษรเบรลล์ เสียง หรือรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เหมาะสม)
* บริการด้านภาษาฟรีสำหรับผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก อาทิ
	+ ล่ามที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
	+ ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในภาษาอื่นๆ

หากคุณต้องการบริการเหล่านี้ โปรดติดต่อ *[หน่วยงานพันธมิตร]* ระหว่าง *[เวลาทำการ]* โดยโทร *[หมายเลขโทรศัพท์]* หรือในกรณีที่คุณไม่สะดวกในการฟังหรือสนทนา โปรดโทร*[หมายเลข TYY/TDD]* เมื่อมีการร้องขอ คุณสามารถจัดทำเอกสารนี้เป็นอักษรเบรลล์ ตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ เสียง หรือรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เหมาะสม

**วิธียื่นเรื่องร้องทุกข์**

หากคุณเชื่อว่า *[หน่วยงานพันธมิตร]* ไม่สามารถให้บริการเหล่านี้ หรือได้รับการเลือกปฏิบัติในทางอื่นโดยมิชอบด้วยกฎหมายบนพื้นฐานของเพศ เชื้อชาติ สีผิว ศาสนา วงศ์ตระกูล ชาติกำเนิด การระบุกลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความพิการทางจิต ความพิการทางกาย สภาวะทางด้านการรักษาพยาบาล ข้อมูลทางพันธุกรรม สถานภาพการสมรส เพศ อัตลักษณ์ทางเพศ หรือรสนิยมทางเพศ คุณสามารถยื่นเรื่องร้องทุกข์กับ *[ผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองของหน่วยงานพันธมิตร]* คุณสามารถยื่นเรื่องร้องทุกข์ทางโทรศัพท์ เป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยตนเอง หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ ดังนี้

* ทางโทรศัพท์: ติดต่อ *[ผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองของหน่วยงานพันธมิตร]* ระหว่าง *[เวลาทำการ]* โดยโทร *[หมายเลขโทรศัพท์]* หรือในกรณีที่คุณไม่สะดวกในการฟังหรือสนทนา โปรดโทร*[หมายเลข TYY/TDD]*
* เป็นลายลักษณ์อักษร: กรอกแบบฟอร์มร้องเรียนหรือเขียนจดหมายส่งมาที่

*[ที่อยู่ของผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองของหน่วยงานพันธมิตร]*

* ด้วยตนเอง: ติดต่อสำนักงานแพทย์ที่ดูแลคุณหรือ *[หน่วยงานพันธมิตร]* แล้วแจ้งว่าคุณต้องการยื่นเรื่องร้องทุกข์
* ทางอิเล็กทรอนิกส์: ไปที่เว็บไซต์ของ *[หน่วยงานพันธมิตร]* ที่ *[ลิงก์เว็บไซต์]*

**สำนักงานสิทธิพลเมือง – กรมบริการดูแลสุขภาพแห่งแคลิฟอร์เนีย**

คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนด้านสิทธิพลเมืองกับกรมบริการดูแลสุขภาพแห่งแคลิฟอร์เนีย สำนักงานสิทธิพลเมืองทั้งทางโทรศัพท์ เป็นลายลักษณ์อักษร หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ได้เช่นกัน ดังนี้

* ทางโทรศัพท์: โทร **916-440-7370** หากคุณไม่สามารถพูดหรือฟังได้ โปรดโทร **711 (บริการถ่ายทอดรัฐแคลิฟอร์เนีย)**
* เป็นลายลักษณ์อักษร: กรอกแบบฟอร์มร้องเรียนหรือส่งจดหมายส่งมาที่:

**กรมบริการดูแลสุขภาพ ตู้ป.ณ.สำนักงานสิทธิพลเมือง
 Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413**

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

* ทางอิเล็กทรอนิกส์: ส่งอีเมลมาที่ CivilRights@dhcs.ca.gov

**สำนักงานสิทธิพลเมือง – กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์สหรัฐ**

หากคุณเชื่อว่าคุณได้รับการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ ความพิการ หรือเพศ คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนด้านสิทธิพลเมืองกับกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา สำนักงานเพื่อสิทธิพลเมืองทางโทรศัพท์ เป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางอิเล็กทรอนิกส์:

* ทางโทรศัพท์: โทร **1-800-368-1019** ในกรณีที่คุณไม่สามารถพูดหรือฟังได้ โปรดโทร **บริการ TTY/TDD 1-800-537-7697**
* เป็นลายลักษณ์อักษร: กรอกแบบฟอร์มร้องเรียนหรือส่งจดหมายส่งมาที่:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building**

**Washington, D.C. 20201**

* สามารถรับแบบฟอร์มร้องเรียนได้ที่ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
* ทางอิเล็กทรอนิกส์: โปรดดูที่พอร์ทัลร้องเรียนของสำนักงานสิทธิพลเมืองที่ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>