

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 วงศ์ตระกูลชาติกำเนิด 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 ตั้บ.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>