

ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԶԿԻՐԱՌՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

Խտրականությունը դեմ է օրենքին: *[Partner Entity]-ը* հետևում է նահանգային և դաշնային քաղաքացիական իրավունքներին վերաբերող օրենքներին: *[Partner Entity]-ն* ապօրինի կերպով չի կատարում խտրականություն, չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերվում ելևելով նրանց սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, կրոնից, նախնիներից, ազգային ծագումից, էթնիկ խմբի նույնականացումից, տարիքից, հոգեկան առողջությունից, ֆիզիկական առողջությունից, բժշկական վիճակից, գենետիկ տեղեկություններից, ամուսնական կարգավիճակից, գենդերից, գենդերային ինքնությունից կամ սեռական կողմնորոշումից:

[Partner Entity]-ը տրամադրում է.

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ օգնելու նրանց ավելի լավ հաղորդակցվել, ինչպես օրինակ՝
 - Որակավորված ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկատվություն այլ ձևաչափերով (խոշորատառ, Բրայլի գրանիշերով, աուդիո կամ մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ նրանց, ում առաջնային լեզուն անգլերենը չէ, օրինակ՝
 - Որակավորված թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկատվություն այլ լեզուներով

Եթե այս ծառայությունների կարիքն ունեք, կապվեք *[Partner Entity]-ի* հետ *[hours of operation]* աշխատանքային ժամերին՝ զանգահարելով *[telephone number]*: Կամ, եթե չեք կարող լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել *[TTY/TDD number]*: Ըստ պահանջի՝ այս փաստաթուղթը կարող է ձեզ տրամադրվել Բրայլի գրանիշով, խոշորատառ, աուդիո կամ մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերով:

ԻՆՉՊԵՍ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ ԴԺԳՈՅՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե կարծում եք, որ *[Partner Entity]-ը* չի կարողացել ապահովել այս ծառայությունները կամ ապօրինաբար խտրականություն է կիրառել որևէ կերպ՝ ելևելով սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, կրոնից, նախնիներից, ազգային ծագումից, էթնիկ խմբի նույնականացումից, տարիքից, հոգեկան առողջությունից, ֆիզիկական առողջությունից, բժշկական վիճակից, գենետիկ տեղեկություններից, ամուսնական կարգավիճակից, գենդերից, գենդերային ինքնությունից կամ սեռական կողմնորոշումից, կարող եք դժգոհություն ներկայացնել *[Partner Entity's Civil Rights Coordinator]-ին*: Դժգոհությունը կարող եք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր կերպով, անձամբ կամ էլեկտրոնային ձևով:

- Հեռախոսով. կապվեք *[Partner Entity's Civil Rights Coordinator]-ի* հետ *[hours of operation]* աշխատանքային ժամերի ընթացքում զանգահարելով *[telephone number]*: Կամ, եթե չեք կարող լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել *[TTY/TDD number]*:
- Գրավոր կերպով. լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ գրեք և ուղարկեք այն հետևյալ հասցեին՝

[Partner Entity's Civil Rights Coordinator, address]

- Անձամբ. այցելեք ձեր բժշկի գրասենյակ կամ *[Partner Entity]* և ասեք, որ ցանկանում եք դժգոհություն ներկայացնել:
- Էլեկտրոնային ձևով. այցելեք *[Partner Entity's]-ի* կայքէջ՝ *[weblink]*:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՀԱՐՑԵՐՈՎ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ – CALIFORNIA-Ի ԱՌՈՂՋԱԴԱՅԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների հարցերով բողոք ներկայացնել California-ի Առողջապահական ծառայությունների վարչությանը, Քաղաքացիական իրավունքների հարցերով գրասենյակին հեռախոսով, գրավոր կերպով կամ էլեկտրոնային ձևով.

- Հեռախոսով. զանգահարեք **916-440-7370**: Եթե չեք կարող լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել **711 (California-ի զանգերի փոխանցման ծառայություն)**.
- Գրավոր կերպով. լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝
**Department of Health Care Services Office
of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA
95899-7413**

Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են այստեղ՝
<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

- Էլեկտրոնային ձևով. Էլ.նամակ ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov հասցեին:

ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՀԱՐՑԵՐՈՎ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿ – ԱՄՆ-Ի ԱՌՈՂՋԱԴԱՅԱԿԱՆ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ

Եթե կարծում եք, որ ձեր հանդեպ խտրականություն է կիրառվել՝ ելնելով ռասայից, մաշկի գույնից, ազգային ծագումից, տարիքից, հաշմանդամությունից կամ սեռից, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների վերաբերյալ բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահական և սոցիալական ծառայությունների վարչությանը, Քաղաքացիական իրավունքների հարցերով գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կերպով կամ էլեկտրոնային ձևով.

- Հեռախոսով. զանգահարեք **1-800-368-1019**: Եթե չեք կարող լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել **TTY/TDD 1-800-537-7697**:
- Գրավոր կերպով. լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝
**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

- Բողոքների ձևաթղթերը հասանելի են այստեղ՝
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- Էլեկտրոնային ձևով. այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների հարցերով գրասենյակի բողոքների պորտալ՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>