

**សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង**

ការរើសអើងគឺជាការខុសច្បាប់។ [Partner Entity] អនុវត្តតាមច្បាប់ទាក់ទងទៅនឹងសិទ្ធិប្រជាពលរដ្ឋរបស់រដ្ឋ (ស្តេត) និងរដ្ឋាភិបាល។ [Partner Entity] មិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់ បដិសេធមនុស្សណាម្នាក់ ឬចាត់ទុកពួកគេក្នុងលក្ខណៈខុសគ្នា ដោយសារតែភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ប្រទេសកំណើត អត្តសញ្ញាណជាតិសាសន៍ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពផ្លូវកាយ បញ្ហាផ្នែកពេទ្យ ព័ត៌មានផ្នែកហ្វេស៊ីស ឆ្មារភាពគ្រួសារ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬក៏សម្រាប់ភេទអ្វីនោះទេ។

[Partner Entity] ផ្តល់ជូននូវ៖

- ជំនួយ និងសេវាកម្មដោយមិនគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្សេងៗ ដើម្បីជួយឱ្យពួកគេទំនាក់ទំនងបានកាន់តែប្រសើរឡើង ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាកាយវិការដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំ ឬអក្សរសម្រាប់មនុស្សមើលមិនឃើញ ឬក៏ជាសម្លេងឬជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចប្រើប្រាស់បាន)
- សេវាកម្មផ្នែកបកប្រែភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកទាំងឡាយណាដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេ មិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងៗទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងទៅកាន់ [Partner Entity] ចន្លោះម៉ោង [hours of operation] ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ [telephone number] ។ ឬប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អនោះទេ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខសម្រាប់អ្នកច្តង់ [TTY/TDD number]។ នៅពេលមានការស្នើសុំនោះ ឯកសារនេះអាចផ្តល់ជូនអ្នកជាអក្សរសម្រាប់មនុស្សមើលមិនឃើញ ឬអក្សរពុម្ពធំ ឬក៏ជាសម្លេងឬជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចប្រើប្រាស់បាន ផងដែរ។

**របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីភាពអយុត្តិធម៌ (FILE A GRIEVANCE)**

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា [Partner Entity] មិនបានផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬក៏បានរើសអើងដោយខុសច្បាប់ក្នុងរបៀបណាមួយផ្សេងទៀតដោយផ្អែកទៅលើភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ប្រទេសកំណើត អត្តសញ្ញាណជាតិសាសន៍ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពផ្លូវកាយ បញ្ហាផ្នែកពេទ្យ ព័ត៌មានផ្នែកហ្វេស៊ីស ឆ្មារភាពគ្រួសារ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬក៏សម្រាប់ភេទអ្វីនោះ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីភាពអយុត្តិធម៌ទៅកាន់ [Partner Entity's Civil Rights Coordinator] ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបានតាមទូរស័ព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយផ្ទាល់ ឬក៏តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- តាមទូរស័ព្ទ៖ សូមទាក់ទងទៅកាន់ [Partner Entity's Civil Rights Coordinator] ចន្លោះម៉ោង [hours of operation] ដោយទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ [telephone number]។ ឬប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អនោះទេ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខសម្រាប់អ្នកច្តង់ [TTY/TDD number]។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ សូមបំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងអំពីការមិនពេញចិត្ត ឬសរសេរលិខិតមួយហើយផ្ញើទៅកាន់៖

[Partner Entity's Civil Rights Coordinator, address]

- ដោយផ្ទាល់៖ សូមទៅកាន់ការិយាល័យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬ [Partner Entity] ហើយនិយាយថា អ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីភាពអយុត្តិធម៌។
- តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ [Partner Entity's] តាមរយៈតំណភ្ជាប់ [weblink]។

---

**ការិយាល័យផ្នែកសិទ្ធិរបស់ប្រជាពលរដ្ឋ - របស់នាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California**

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិរបស់ប្រជាពលរដ្ឋទៅកាន់ ការិយាល័យផ្នែកសិទ្ធិរបស់ប្រជាពលរដ្ឋ របស់នាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California (California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights) បានផងដែរ តាមរយៈទូរស័ព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬក៏តាមប្រព័ន្ធ អេឡិចត្រូនិក៖

- តាមទូរស័ព្ទ៖ ទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **916-440-7370**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បាន ព្រមទាំងនោះ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **711 (ជាលេខបញ្ជូនបន្តប្រចាំរដ្ឋ California)**។

- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញបែបបទបណ្តឹងអំពីការមិនពេញចិត្ត ឬផ្ញើលិខិតមួយទៅកាន់៖

**Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413**

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

- តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីម៉ែលទៅកាន់ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)។

---

**ការិយាល័យផ្នែកសិទ្ធិរបស់ប្រជាពលរដ្ឋ - របស់ក្រសួងសេវាកម្មផ្នែកសុខភាព និងមនុស្សជាតិនៃសហរដ្ឋអាមេរិក**

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាមានការរើសអើងប្រឆាំងនឹងអ្នកដោយផ្អែកទៅលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រទេសកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទនោះ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិរបស់ប្រជាពលរដ្ឋទៅ កាន់ ការិយាល័យផ្នែកសិទ្ធិរបស់ប្រជាពលរដ្ឋ របស់ក្រសួងសេវាកម្មផ្នែកសុខភាព និងមនុស្សជាតិនៃសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights) បានផងដែរ តាមទូរស័ព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬក៏តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- តាមទូរស័ព្ទ៖ ទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-368-1019**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បាន ព្រមទាំងនោះ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខសម្រាប់អ្នកច្នៃ (TTY/TDD) **1-800-537-7697**។

- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងអំពីការមិនពេញចិត្ត ឬផ្ញើលិខិតមួយទៅកាន់៖

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

- បែបបទពាក្យបណ្តឹងអំពីការមិនពេញចិត្តអាចរកបាននៅលើគេហទំព័រ៖  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>។

- តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រដើមសម្រាប់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការមិនពេញចិត្ត របស់ការិយាល័យផ្នែកសិទ្ធិរបស់ប្រជាពលរដ្ឋ (Office for Civil Rights Complaint Portal) តាមរយៈ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>។