**ແຈ້ງການຫ້າມຈຳແນກ**

ການຈໍາແນກແມ່ນຂັດກັບກົດໝາຍ. *[ພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງແຂວງ ແລະ ລັດຖະບານກາງ. *[ພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ບໍ່ໄດ້ຈຳແນກຢ່າງຜິດກົດໝາຍ, ຍົກເວັ້ນຜູ້ຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ເຂົາເຈົ້າແຕກຕ່າງກັນເນື່ອງຈາກເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາດສະໜາ, ເຊື້ອສາຍ, ຊາດກຳເນີດ, ການລະບຸກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ສະພາບທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກໍາ, ການແຕ່ງງານ. ສະຖານະພາບ, ເພດ, ຕົວຕົນທາງເພດ ຫຼື ທັດສະນະທາງເພດ.

*[ພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ສະໜອງໃຫ້:

* ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີແກ່ຄົນພິການ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າສື່ສານໄດ້ດີຂຶ້ນ ເຊັ່ນ:
	+ ນັກແປພາສາມືທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
	+ ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ເປັນ​ລາຍ​ລັກ​ອັກ​ສອນ​ໃນ​ຮູບ​ແບບ​ອື່ນໆ (ຕົວພິມຂະໜາດ​ໃຫຍ່​, ຕົວ​ອັກ​ສອນນູນ​, ສຽງ​ ຫຼື​ ຮູບ​ແບບ​ເອ​ເລັກ​ໂຕຣ​ນິກ​ທີ່​ສາ​ມາດ​ເຂົ້າ​ເຖິງ​)
* ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ພາ​ສາ​ຟຣີ​ສໍາ​ລັບ​ຜູ້​ທີ່​ມີພາ​ສາ​ຕົ້ນ​ຕໍ​ບໍ່​ແມ່ນ​ພາ​ສາ​ອັງ​ກິດ​, ເຊັ່ນ​:
	+ ນັກແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
	+ ຂໍ້ມູນຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ *[ພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ລະຫວ່າງ *[ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ]* ໂດຍການໂທຫາ [ເບີໂທລະສັບ].ຫຼື, ຖ້າທ່ານເວົ້າບໍ່ໄດ້ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຍິນດີ, ກະລຸນາໂທຫາເບີ *[TYY/TDD number]*. ເມື່ອມີການຮ້ອງຂໍ, ທ່ານສາມາດຈັດກຽມເອກະສານນີ້ໃນຕົວອັກສອນນູນ, ຕົວພິມໃຫຍ່, ສຽງ ຫຼື ຮູບແບບເອເລັກໂຕຣນິກທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.

**ວິທີການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ**

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ *[ພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ລົ້ມເຫລວໃນການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຖືກຈໍາແນກຢ່າງຜິດກົດໝາຍໃນວິທີອື່ນບົນພື້ນຖານຂອງເພດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາດສະຫນາ, ເຊື້ອສາຍ, ຊາດກໍາເນີດ, ການກໍານົດກຸ່ມຊົນເຜົ່າ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ, ຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ການແພດ. ເງື່ອນໄຂ, ຂໍ້ມູນທາງພັນທຸກໍາ, ສະຖານະພາບການແຕ່ງງານ, ເພດ, ຕົວຕົນທາງເພດ ຫຼື ທັດສະນະທາງເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ *[ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]*. ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກທາງໂທລະສັບ, ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:

* ໂດຍໂທລະສັບ: ຕິດຕໍ່ *[ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຄູ່ຮ່ວມງານ]* ລະຫວ່າງ *[ຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ]* ໂດຍການໂທຫາທີ່ *[ເບີໂທລະສັບ].* ຫຼື, ຖ້າທ່ານເວົ້າບໍ່ໄດ້ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຍິນດີ, ກະລຸນາໂທຫາເບີ *[TYY/TDD number]*.
* ໃນ​ການ​ຂຽນ: ຕື່ມແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍແລ້ວສົ່ງໄປທີ່:

*[ທີ່ຢູ່, ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຄູ່ຮ່ວມງານ]*

* ໃນບຸກຄົນ: ໄປທີ່ຫ້ອງການຂອງທ່ານໝໍ ຫຼື *[ພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ແລະ ບອກວ່າທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ.
* ທາງເອເລັກໂຕຣນິກ: ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ *[ຂອງພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ທີ່ *[ເວັບລິ້ງ].*

**ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ - ພະແນກບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງແຂວງຄາລິຟໍເນຍ**

ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນສິດທິພົນລະເມືອງກັບພະແນກບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບຂອງແຂວງຄາລິຟໍເນຍ, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງທາງໂທລະສັບ, ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:

* ໂດຍໂທລະສັບ: ໂທຫາ **916-440-7370**. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າໄດ້ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຍິນດີ, ກະລຸນາໂທຫາ **711 (ຣີເລແຂວງຄາລິຟໍເນຍ)**.
* ໃນ​ການ​ຂຽນ: ຕື່ມແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ສົ່ງຈົດໝາຍມາທີ່:

**ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບ (Department of Health Care Services) ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ (Office of Civil Rights)
ຕູ້ໄປສະນີ. ກ່ອງ 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413**

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

* ທາງເອເລັກໂຕຣນິກ: ສົ່ງອີເມວໄປທີ່ CivilRights@dhcs.ca.gov.

**ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ - ພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ**

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານໄດ້ຖືກຈໍາແນກໂດຍພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບສິດທິພົນລະເມືອງກັບກະຊວງສຸຂະພາບແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງທາງໂທລະສັບ, ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:

* ໂດຍໂທລະສັບ: ໂທຫາ **1-800-368-1019**. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າໄດ້ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຍິນດີ, ກະລຸນາໂທຫາ  **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
* ໃນ​ການ​ຂຽນ: ຕື່ມແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ສົ່ງຈົດໝາຍມາທີ່:

**U.S. Department of Health and Human Services (ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ)
200 Independence Avenue, SW
ຫ້ອງ 509F, ຕຶກ HHH**

**ວໍຊິງຕັນ, D.C. 20201**

* ແບບ​ຟອມ​ຮ້ອງ​ຮຽນ​ມີ​ຢູ່​ທີ່ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
* ທາງເອເລັກໂຕຣນິກ: ເບິ່ງທີ່ຫ້ອງ​ການ​ສໍາ​ລັບ​ການ​ຮ້ອງ​ຮຽນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ສິດ​ທິ​ພົນ​ລະ​ເມືອງ​ໄດ້ທີ່ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>