

## ແຈ້ງການຫ້າມຈໍາແນກ

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

*[ພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ສະໜອງໃຫ້:

- ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການພຣິດກຳລັງພິການ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ເຂົາເຈົ້າສື່ສານໄດ້ດີຂຶ້ນ ເຊັ່ນ:
  - ນັກແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
  - ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ຕົວຢ່າງຂະໜາດໃຫຍ່, ຕົວອັກສອນນູນ, ສຽງ ຫຼື ຮູບແບບເອເລັກໂຕຣນິກທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງ)
- ການບໍລິການພາສາພຣິດກຳລັງພິການສາດຕົນຕໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນ:
  - ນັກແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
  - ຂໍ້ມູນຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

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

### ວິທີການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ *[ພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ລົ້ມເຫຼວໃນການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ 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]* ໂດຍການໂທຫາ *[ເບີໂທລະສັບ]*. ຫຼື, ຖ້າທ່ານເວົ້າບໍ່ໄດ້ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຍິນດີ, ກະລຸນາໂທຫາເບີ *[TTY/TDD number]*.
- ໃນການຂຽນ: ຕື່ມແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍແລ້ວສົ່ງໄປທີ່:  
*[ທີ່ຢູ່, ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຄູ່ຮ່ວມງານ]*
- ໃນບຸກຄົນ: ໄປທີ່ຕ້ອງການຂອງທ່ານເໝາະ ຫຼື *[ພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ແລະ ບອກວ່າທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ.
- ທາງເອເລັກໂຕຣນິກ: ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊ *[ຂອງພາກສ່ວນຄູ່ຮ່ວມງານ]* ທີ່ *[ເວັບ໌]*.

---

### ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ - ພະແນກບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງແຂວງຄາລິຟໍເນຍ

ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນສິດທິພົນລະເມືອງກັບພະແນກບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບຂອງແຂວງຄາລິຟໍເນຍ, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງທາງໂທລະສັບ, ເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ທາງອີເລັກໂທຣນິກ:

- ໂດຍໂທລະສັບ: ໂທຫາ **916-440-7370**. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າໄດ້ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຍິນດີ, ກະລຸນາໂທຫາ **711 (ຮີເລແຂວງຄາລິຟໍເນຍ)**.
- ໃນການຂຽນ: ຕື່ມແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ສົ່ງຈົດໝາຍມາທີ່:  
**ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບ (Department of Health)**

Care Services) ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ  
(Office of Civil Rights)

ຖ້ຳໄປສະນີ. ກ່ອງ 997413, MS 0009 Sacramento,  
CA 95899-7413

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

- ທາງເອເລັກໂຕຣນິກ: ສົ່ງອີເມວໄປທີ່ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

**ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ - ພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ**

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

- ໂດຍໂທລະສັບ: ໂທຫາ **1-800-368-1019**. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເວົ້າໄດ້ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຍິນດີ, ກະລຸນາໂທຫາ **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- ໃນການຂຽນ: 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**

- ແບບຟອມຮ້ອງຮຽນມືຢູ່ທີ່ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- ທາງເອເລັກໂຕຣນິກ: ເບິ່ງທີ່ຫ້ອງການສຳລັບການຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບສິດທິພົນລະເມືອງ ໄດ້ທີ່ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>