

## إخطار بعدم التمييز

التمييز هو ضد القانون. تتبع (المؤسسة الشريكة) قوانين الولاية والقوانين الاتحادية الخاصة بالحقوق المدنية. ولا تميز (المؤسسة الشريكة) بين الأشخاص أو تستبعدهم بشكل غير قانوني أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل الوطني أو تحديد المجموعة الإثنية أو السن أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة البدنية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو هوية النوع أو التوجه الجنسي.

تقدم (المؤسسة الشريكة):

- مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة لمساعدتهم في التواصل بشكل أفضل مثل:
  - مترجمين مؤهلين في لغة الإشارة
  - معلومات مكتوبة بأشكال أخرى (طباعة كبيرة أو برايل أو أشكال سمعية أو الكترونية يمكن الوصول إليها)
- خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين تعد لغتهم الأولى لغة أخرى بخلاف اللغة الإنجليزية مثل:
  - مترجمين مؤهلين
  - معلومات مكتوبة بلغات أخرى.

وإذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، تواصل مع (المؤسسة الشريكة) بين (ساعات العمل) عن طريق الاتصال (رقم الهاتف) أو إذا كنت لا يمكنك أن تسمع أو تتحدث جيدًا، يُرجى الاتصال (برقم جهاز الهاتف النصي/ جهاز الاتصالات لضعاف السمع). وبناء على طلبكم، يمكن توفير لكم هذه الوثيقة بصيغة برايل أو طباعة كبيرة أو أشكال سمعية أو الكترونية يمكن الوصول إليها.

## كيفية تقديم شكوى

إذا كنت تعتقد أن (المؤسسة الشريكة) فشلت في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بشكل آخر على أساس النوع أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل الوطني أو تحديد المجموعة الإثنية أو السن أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة البدنية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو هوية النوع أو التوجه الجنسي، يمكنك أن تقدم شكوى مع (منسق حقوق المؤسسة الشريكة) ويمكنك تقديم شكوى عبر الهاتف أو كتابيًا أو شخصيًا أو الكترونياً:

- عبر الهاتف: تواصل مع (المؤسسة الشريكة) بين (ساعات العمل) عن طريق الاتصال (رقم الهاتف) أو إذا كنت لا يمكنك أن تسمع أو تتحدث جيدًا، يُرجى الاتصال (برقم جهاز الهاتف النصي/ جهاز الاتصالات لضعاف السمع)
- كتابيًا: املئ شكوى أو اكتب خطاب وأرسله إلى:  
(منسق حقوق المؤسسة الشريكة)
- شخصيًا: زور مكتب الطبيب الخاص بك أو (المؤسسة الشريكة) وقل لهم إنك تريد تقديم شكوى.
- الالكترونيًا: زور الموقع الالكتروني الخاص بـ (المؤسسة الشريكة) على (رابط الموقع)

## مكتب الحقوق المدنية- وزارة كاليفورنيا لخدمات الرعاية الصحية

يمكنك أن تقدم شكوى خاصة بالحقوق المدنية أمام وزارة كاليفورنيا لخدمات الرعاية الصحية، مكتب الحقوق المدنية عبر الهاتف أو كتابياً أو إلكترونياً:

- عبر الهاتف: اتصل برقم 916-440-7370 وإذا كان لا يمكنك أن تتحدث أو تسمع جيداً، يُرجى الاتصال برقم 711 (تتبع ولاية كاليفورنيا)
- كتابياً: املئ نموذج الشكوى أو أرسل خطاب إلى:  
وزارة خدمات الرعاية الصحية  
مكتب الحقوق المدنية  
ص.ب 0009 M.S. 997413  
ساكرامنتو، كاليفورنيا 95899-7413

- نماذج الشكوى متاحة على:

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

- إلكترونياً: أرسل رسالة إلكترونية إلى [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

## مكتب الحقوق المدنية- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

إذا كنت تعتقد إنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس، يمكنك أيضاً أن تقدم شكوى خاصة بالحقوق المدنية أمام وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية عبر الهاتف أو كتابياً أو إلكترونياً:

- عبر الهاتف: اتصل برقم 1-800-368-1019، وإذا كان لا يمكنك أن تتحدث أو تسمع جيداً، يُرجى الاتصال (برقم جهاز الهاتف النصي/ جهاز الاتصالات لضعاف السمع): 1-800-537-7697
- كتابياً: املئ نموذج الشكوى أو أرسل خطاب إلى:  
وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية  
200 SW Independence Ave  
غرفة 509F، مبنى H H H  
Washington DC 20201
- نماذج الشكوى متاحة على:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- إلكترونياً: زور بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>