

ЗАЯВА ПРО НЕПРИПУСТИМІСТЬ ДИСКРИМІНАЦІЇ

Дискримінація протизаконна. *[Партнерська організація]* дотримується законів штату та федеральних законів про громадянські права. *[Партнерська організація]* не допускає незаконної дискримінації, виключення людей або неоднакового ставлення до них через стать, расу, колір шкіри, релігію, походження, національність, приналежність до етнічної групи, вік, недієздатність через психічне захворювання або фізичні вади, стан здоров'я, генетичну інформацію, сімейний стан, стать, гендерну ідентичність чи сексуальну орієнтацію.

[Партнерська організація] надає:

- Безкоштовні допоміжні засоби й послуги для людей з особливими потребами, які допомагають їм у комунікації, такі як
 - Кваліфіковані перекладачі жестової мови
 - Письмова інформація в інших форматах (великий шрифт, шрифт Брайля, аудіоформати або доступні електронні формати)
- Безкоштовні мовні послуги для людей, для яких англійська не є рідною мовою, наприклад:
 - Кваліфіковані перекладачі
 - Інформація, написана їхньою рідною мовою

Якщо вам потрібні ці послуги, зв'яжіться з *[Партнерською організацією]* між *[години роботи]* зателефонувавши за *[номер телефону]*. Або, якщо у вас є порушення слуху або мовлення, будь ласка, зателефонуйте за номером *[номер TYY/TDD]*. За запитом цей документ може бути наданий вам шрифтом Брайля, великим шрифтом, в аудіоформаті або доступному електронному форматі.

ЯК ПОДАТИ СКАргу

Якщо ви вважаєте, що *[Партнерська організація]* не надала ці послуги або незаконно дискримінувала вас в інший спосіб через стать, расу, колір шкіри, релігію, походження, національність, приналежність до етнічної групи, вік, недієздатність через психічне захворювання або фізичні вади, стан здоров'я, генетичну інформацію, сімейний стан, стать, гендерну ідентичність або сексуальну орієнтацію, ви можете подати скаргу до *[Координатора з громадянських прав Партнерської організації]*. Ви можете подати скаргу телефоном, письмово, особисто або в електронному вигляді:

- **Телефоном:** Зв'яжіться з *[Координатором з громадянських прав Партнерської організації]* між *[години роботи]* за *[номер телефону]*. Або, якщо у вас є порушення слуху або мовлення, зателефонуйте *[номер]TYY/TDD*.
- **У письмовій формі:** Заповніть форму скарги або напишіть листа та надішліть його за адресою:

[Координатор з громадянських прав Партнерської організації, адреса].

- **Особисто:** Відвідайте офіс свого лікаря або *[Партнерську організацію]* і скажіть, що хочете подати скаргу.
- **В електронному вигляді:** Відвідайте вебсайт *[Партнерської організації]* за *[вебпосилання]*.

УПРАВЛІННЯ З ПИТАНЬ ГРОМАДЯНСЬКИХ ПРАВ – ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КАЛІФОРНІЇ

Ви також можете подати скаргу про порушення громадянських прав до Департаменту охорони здоров'я Каліфорнії, Управління з питань громадянських прав, телефоном, письмово або в електронному вигляді:

- **Телефоном:** Зателефонуйте за номером **916-440-7370**. Якщо у вас є порушення слуху або мовлення, будь ласка, зателефонуйте за номером **711 (Служба ретрансляції штату Каліфорнія)**.

- **У письмовій формі:** Заповніть форму скарги або надішліть листа на адресу:

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

Форми скарг доступні за посиланням:

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

- **В електронному вигляді:** Надішліть листа на електронну адресу CivilRights@dhcs.ca.gov.

УПРАВЛІННЯ З ПИТАНЬ ГРОМАДЯНСЬКИХ ПРАВ – ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ США

Якщо ви вважаєте, що зазнали дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності або статі, ви також можете подати скаргу про порушення громадянських прав до Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США, Управління з питань громадянських прав телефоном, письмово або в електронному вигляді:

- **Телефоном:** Зателефонуйте за номером **1-800-368-1019**. Якщо у вас є порушення слуху або мовлення, будь ласка, зателефонуйте **TTY/TDD 1-800-537-7697**.

- **У письмовій формі:** Заповніть форму скарги або надішліть листа на адресу:

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

- Форми скарг доступні за посиланням:

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

- **В електронному вигляді:** Відвідайте портал Управління з розгляду скарг щодо порушення громадянських прав за посиланням <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.