非歧视声明

歧视是违法行为。MSSP 站点 _____ 遵守州和联邦民权法。MSSP 站点 _____ 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、原籍、族裔认同、年龄、精神残疾、身体残疾、健康状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向，而对任何人实施歧视、排斥或给予差别待遇。

MSSP 站点 _____ 提供：

- 向残障人士免费提供辅助措施和服务，以帮助其更好地进行沟通，例如：
  - 合格的手语翻译员
  - 其他格式的书面信息（大字版、音频、无障碍电子格式和其他格式）
- 向母语非英语人士免费提供语言服务，例如：
  - 合格的口译员
  - 以其他语言提供的书面信息

如果您需要这些服务，请联系 MSSP 站点 _____ 服务时间为 _____ 至 _____ 联系电话：_____。

或者，如果您有听力或语言障碍，请拨打 TTY/TDD 电话：_____。

应您的要求，本文件可提供盲文版、大字版、音频版或无障碍电子格式。

如何提出申诉

如果您认为 MSSP 站点 _____ 未能提供上述服务，或者因您的性别、种族、肤色、宗教、血统、原籍、族裔认同、年龄、精神残疾、身体残疾、健康状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向而以其他方式对您实施歧视，您可以向 _____ MSSP 站点提出申诉。您可以通过电话、书面、亲自当面或电子方式提出申诉：

- **电话：**请在以下服务时间联系 MSSP 站点：_____ 至 _____ 电话号码：_____。或者，如果您有听力或语言障碍，请拨打 TTY/TDD 电话：_____。
- **书面形式：**填写申诉表，或写信寄送至：

  MSSP 站点名称：_____
  地址：_____
- **当面：**请访问您的服务提供者办公室或 _____ MSSP 站点并说明您要提出申诉。
- **电子方式：**请访问您的服务提供者网站：_____。

民权办公室

您也可以通过电话、书面或电子方式向加州卫生保健服务部门民权办公室提出民权投诉：

- **电话：**致电 **916-440-7370**。如果您有听力或语言障碍，请拨打 **711**（加州中继服务）。
- **书面形式：**填写投诉表或寄送信件至：
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  投诉表可在以下网址获取：
  https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures.
- **电子方式：**发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

美国卫生与公众服务部门民权办公室

如果您自认已因种族、肤色、原籍、年龄、残疾或性别受到歧视，也可致电、致函或以电子方式向美国卫生与公众服务部门民权办公室提出民权投诉：

- **电话：**致电 **1-800-368-1019**。如果您有听力或语言障碍，请拨打 **TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- **书面形式：**填写投诉表或寄送信件至：
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  投诉表可在以下网址获取：
  http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.
- **电子方式：**访问民权办公室投诉门户网站：
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf。