無歧視聲明

歧視是違法行為。MSSP 站點 _____ 遵守州和聯邦民權法。MSSP 站點 _____ 不會因性別、種族、膚色、宗教、血統、原籍、族裔認同、年齡、精神障礙、身體障礙、健康狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性傾向，而對任何人實施歧視、排斥或給予差別待遇。

MSSP 站點 _____ 提供：

- 向身心障礙人士免費提供輔助措施和服務，以協助其更有效地進行溝通，例如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 其他格式的書面資訊（大字版、音訊、無障礙電子格式及其他格式）
- 向母語非英語人士免費提供語言服務，例如：
  - 合格的口譯員
  - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請聯絡 MSSP 站點 _____ 服務時間為 _____ 至 _____ 聯繫電話：_____。

或者，如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY/TDD 電話 _____。

如有需要，本文件可提供點字版、大字版、音訊版或無障礙電子格式。

如何提出申訴

如果您認為 MSSP 站點 _____ 未能提供上述服務，或者因您的性別、種族、膚色、宗教、血統、原籍、族裔認同、年齡、精神障礙、身體障礙、健康狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性傾向而以其他方式對您實施歧視，您可以向 _____ MSSP 站點提出申訴。您可以透過電話、書面、親自當面或電子方式提出申訴：

- **透過電話：**請在以下服務時間聯絡 MSSP 站點：_____ 至 _____ 撥打電話號碼 _____。或者，如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY/TDD 電話 _____。
- **書面形式：**填寫申訴表，或寫信寄送至：

  MSSP 站點名稱：_____
  地址：_____
- **親臨：**請前往您的服務提供者辦公室或 _____ MSSP 站點 並說明您要提出申訴。
- **電子方式：**請造訪您的服務提供者網站：_____。

民權辦公室

您也可以透過電話、書面或電子方式向加州衛生保健服務部門民權辦公室提出民權投訴：

- **透過電話：**請致電 **916-440-7370**。如果您有聽力或語言障礙，請致電 **711**（加州中繼服務）。
- **書面形式：**填寫投訴表或寄送信件至：
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  投訴表可於以下網址取得：
  https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures.
- **電子方式：**請發送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

美國衛生與公眾服務部門民權辦公室

如果您認為自己因種族、膚色、原籍國、年齡、身心障礙或性別受到歧視，也可透過電話、書面或電子方式向美國衛生與公眾服務部門民權辦公室提出民權投訴：

- **透過電話**：請致電 **1-800-368-1019**。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 **TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- **書面形式**：填寫投訴表或寄信至：
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  投訴表可在以下網址取得：
  http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.
- **電子方式**：造訪民權辦公室投訴入口網站：
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf。