차별 금지 고지

차별은 법으로 금지되어 있습니다. MSSP 제공기관 _____ 은(는) 주 및 연방의 민권 관련 법을 준수합니다. MSSP 제공기관 _____은(는) 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신적 장애, 신체적 장애, 건강 상태, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향 등을 이유로 어떠한 사람도 차별하거나, 배제하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

MSSP 제공기관 _____은(는) 다음과 같은 서비스를 제공합니다.

- 장애인들이 보다 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 보조 수단 및 서비스를 제공합니다.
  - 자격을 갖춘 수어 통역사 제공
  - 다양한 형식의 서면 정보(큰 글자 인쇄본, 음성 자료, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주된 사용 언어가 영어가 아닌 사람들을 위해 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
  - 자격을 갖춘 통역사 서비스 제공
  - 다른 언어로 작성된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하시면 MSSP 서비스 제공기관_____에 운영 시간 _____부터 _____까지 다음 전화번호 _____로 연락해 주십시오.

또는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우, TYY/TDD 번호 _____로 전화해 주시기 바랍니다.

요청하시면 이 문서는 점자, 큰 글자 인쇄본, 음성 자료 또는 접근 가능한 전자 형식으로 제공해 드릴 수 있습니다.

불만 제기 방법

MSSP 서비스 제공기관 _____이(가) 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신적 장애, 신체적 장애, 건강 상태, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 이유로 그 밖의 방식으로 차별했다고 생각되시면, MSSP 서비스 제공기관_____에 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만은 전화, 서면, 방문 또는 전자적 방법으로 제기하실 수 있습니다.

- **전화:** MSSP 서비스 제공기관에 운영 시간 _____부터 _____까지 전화번호_____로 연락해 주십시오. 또는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우, TYY/TDD 번호_____로 전화해 주시기 바랍니다.
- **서면:** 불만 제기 양식을 작성하거나, 서신을 작성하여 다음 주소로 보내주십시오.

  MSSP 서비스 제공기관명: _____
  주소: _____
- **직접 방문:** 서비스 제공자의 사무실 또는 MSSP 서비스 제공기관_____을(를) 방문하여 불만을 제기하겠다고 말씀하십시오.
- **전자적 방법:** 서비스 제공자의 웹사이트_____를 방문하십시오.

민권국

또한 캘리포니아 보건의료서비스국(California Department of Health Care Services) 산하 민권국(Office of Civil Rights)에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 민권 관련 차별 불만을 제기하실 수 있습니다.

- **전화:916-440-7370**번으로 전화해 주십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우에는, **711**(캘리포니아주 중계 서비스)**로 전화해 주십시오.**
- **서면:** 불만 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내주십시오.
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  불만 제기 양식은 다음에서 받으실 수 있습니다. https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures.
- **전자적 방법:** CivilRights@dhcs.ca.gov으로 이메일을 보내주십시오.

민권국 – 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각되시면, 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services) 민권국(Office for Civil Rights)에 전화, 서면 또는 전자적 방법으로 민권 관련 불만을 제기하실 수 있습니다.

- **전화:1-800-368-1019**으로 전화해 주십시오. 언어 또는 청각 장애로 일반 전화 이용이 어려운 경우에는, **TTY/TDD 1-800-537-7697**로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내주십시오.
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  불만 제기 양식은 다음에서 받으실 수 있습니다. http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.
- **전자적 방법:** 민권국(Office for Civil Rights) 불만 접수 포털 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf을 방문해 주십시오.