اطلاعیه عدم تبعیض

تبعیض، خلاف قانون است. مرکز MSSP _____ از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. مرکز MSSP _____ بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ، مذهب، تبار، منشأ ملی، هویت گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا گرایش جنسی، مرتکب هیچ‌گونه تبعیض نشده و باعث محرومیت یا برخورد متفاوت با افراد نمی‌شود.

مرکز MSSP _____ خدمات ذیل را فراهم می‌کند:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت برای کمک به آنها در برقراری ارتباط بهتر، مانند:
  - مترجمان واجد شرایط زبان اشاره
  - اطلاعات نوشتاری در قالب‌های دیگر (چاپ درشت، صوتی، قالب‌های الکترونیکی قابل دسترس، سایر قالب‌ها)
- خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:
  - مترجمان واجد شرایط
  - اطلاعات نوشته‌شده به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، _____ در ساعات کاری از _____ الی _____ با مرکز MSSP به شماره زیر تماس بگیرید: _____.

یا در صورت داشتن محدودیت در شنیدن یا صحبت کردن، لطفاً با شماره TYY/TDD _____ تماس بگیرید.

بنا به درخواست، این سند می‌تواند به صورت خط بریل، چاپ درشت، صوتی یا فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترس در اختیار شما قرار گیرد.

نحوه ثبت شکایت

اگر فکر می‌کنید که مرکز MSSP _____ در ارائه این خدمات کوتاهی کرده یا به هر نحو دیگری بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ، مذهب، تبار، منشأ ملی، هویت گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا گرایش جنسی، مرتکب تبعیض شده باشد، می‌توانید شکایتی را به مرکز MSSP _____ ارائه دهید. شما می‌توانید شکایت خود را از طریق تلفن، کتبی، حضوری یا الکترونیکی ثبت کنید:

- **از طریق تلفن:** با مرکز MSSP در ساعات کاری از _____ الی _____ به شماره تلفن زیر تماس بگیرید _____. یا در صورت داشتن محدودیت در شنیدن یا صحبت کردن، لطفاً با شماره TYY/TDD _____ تماس بگیرید.
- **به صورت کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و به آدرس زیر ارسال کنید:

  نام مرکز MSSP: _____
  آدرس: _____
- **به صورت حضوری:** به دفتر ارائه‌دهنده خدمات یا مرکز MSSP خود مراجعه کنید _____ و اعلام کنید که مایل به ثبت شکایت هستید.
- **به صورت الکترونیکی:** از وب‌سایت ارائه‌دهنده خود به آدرس _____ دیدن کنید.

دفتر حقوق مدنی

شما همچنین می‌توانید از طریق تلفن، به صورت کتبی یا الکترونیکی، شکایتی در مورد حقوق مدنی خود را به اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا، دفتر حقوق مدنی، ارائه دهید:

- **از طریق تلفن:** با شماره **916-440-7370** تماس بگیرید. در صورت داشتن محدودیت در شنیدن یا صحبت کردن، لطفاً با **711** (رله ایالتی کالیفرنیا) تماس بگیرید.
- **به صورت کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال کنید:

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

  فرم‌های شکایت در آدرس زیر موجود است:
  https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures.
- **به صورت الکترونیکی:** یک ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید.

دفتر حقوق مدنی – وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده

اگر معتقدید که بر اساس نژاد، رنگ پوست، منشأ ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید از طریق تلفن، به صورت کتبی یا الکترونیکی، شکایتی در مورد حقوق مدنی خود به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی، ارائه دهید:

- **از طریق تلفن:** با شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. در صورت داشتن محدودیت در شنیدن یا صحبت کردن، لطفاً با **TTY/TDD 1-800-537-7697** تماس بگیرید.
- **به صورت کتبی:** فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال کنید:

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

  فرم‌های شکایت در آدرس زیر موجود است
  .http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- **به صورت الکترونیکی:** به پورتال شکایات دفتر حقوق مدنی به آدرس https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf مراجعه کنید.