

# ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОЦЕДУРА ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ ПО ФАКТУ ДИСКРИМИНАЦИИ В ДОСТУПЕ К ИНФОРМАЦИИ НА РОДНОМ ЯЗЫКЕ

(Раздел VI и Закон о предоставлении двуязычных услуг Дималли — Алаторре)

## ПРАВА ПОДАТЕЛЯ ЖАЛОБЫ

В соответствии с государственным и федеральным законодательством, Департамент здравоохранения штата Калифорния обязан предоставлять услуги на иностранных языках лицам с ограниченным знанием английского.

Согласно федеральному законодательству, все организации, получающие средства из федерального бюджета, должны принять меры для гарантии того, что данные средства не используются в дискриминационных целях. Все физические лица и организации, предоставляющие медицинское обслуживание Medi-Cal в Калифорнии, обязаны уважать права потребителя и запрещать дискриминацию в предоставлении услуг Medi-Cal, в частности обеспечивать доступность данных услуг для лиц с ограниченным знанием английского языка (LEP). Управление по гражданским правам (OCR) при Департаменте здравоохранения (DHCS) учредило для участников программы Medi-Cal, желающих выразить свое недовольство дискриминацией в доступе к информации на родном языке, процедуру подачи жалоб на любое физическое лицо или организацию, которые, по их мнению, проводят данного рода дискриминацию.

## **В отношении жалоб по факту дискриминации податель имеет право:**

- Подать письменную жалобу в Управление по гражданским правам (OCR) при Департаменте здравоохранения (DHCS) в течение одного года (365 дней) со дня предполагаемого акта дискриминации. В письменной жалобе должно быть указано действие, воспринятое как дискриминационное, и конкретные решения, которых добивается истец.
- Подать жалобу в соответствии с Разделом VI Закона о правах человека от 1964 г., а также другими применимыми государственными и федеральными законами в Управление по гражданским правам при федеральном Министерстве здравоохранения и социального обслуживания (HHS OCR) и/или в Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения (DHCS OCR). Данного рода жалоба должна быть подана в течение 180 (ста восьмидесяти) дней со дня предполагаемого акта дискриминации.
- На беспристрастное расследование.

- Назначить доверенное лицо, оплачиваемое истцом и присутствующее на всех этапах данного процесса.
- Быть свободным от заключения под стражу, внешнего воздействия, принуждения или угрозы возмездия.
- Подать запрос в HHS OCR о пересмотре действий Управления по гражданским правам при DHCS.

### **Податель жалобы обязан:**

Предоставлять точную и основанную на фактах информацию на всех этапах процесса подачи и рассмотрения жалобы.

Я прочел (-ла) и понимаю данные права и обязанности.

### **ПОЛОЖЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

В соответствии с Законом об использовании информации от 1977 г. (Калифорнийский гражданский кодекс, раздел 1798.1 и далее) и федеральным Законом о конфиденциальности от 1974 г. (том 5, Кодекс Соединенных Штатов Америки, раздел 552а и далее), при сборе личных данных физических лиц необходимо предоставлять настоящее уведомление.

В соответствии с Законом о предоставлении двуязычных услуг Dymally Alatorre и Разделом VI Закона о правах человека от 1964 г., Управлению по гражданским правам при Калифорнийском Департаменте здравоохранения (Департамент) необходимо получить информацию, предоставленную в бланке жалобы по факту дискриминации в доступе к информации на родном языке.

Предоставление всей запрашиваемой в бланке информации является добровольным, однако предоставление неточных или неполных данных может привести к неспособности Департамента связаться с подателем жалобы. Главной целью, с которой будет использоваться информация, является связь с подателем жалобы и/или запрос дополнительных сведений, имеющих отношение к обвинению в дискриминации.

Департамент не располагает данными о каком-либо известном или прогнозируемом раскрытии, которому может быть подвержена данная информация. Тем не менее, в случае направления дела в суд, раскрытие информации может быть обязательным. Истец имеет право доступа к содержащим личную информацию документам, которыми располагает Департамент.

Подпись	Дата
---------	------

# ВНЕШНЯЯ ПРОГРАММА СОБЛЮДЕНИЯ ГРАЖДАНСКИХ ПРАВ ЖАЛОБА ПО ФАКТУ ДИСКРИМИНАЦИИ, ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ НА РОДНОМ ЯЗЫКЕ

**Заполните и отправьте по адресу:**

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

<b>Ф. И. О.</b>	<b>ДАТА</b>
<b>АДРЕС</b>	<b>НОМЕР ЛИЧНОГО ДЕЛА</b>
<b>НОМЕР ТЕЛЕФОНА(        )</b>	

<b>НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА / Ф. И. О ЛИЦА, ДОПУСТИВШЕГО ДИСКРИМИНАЦИЮ</b>	<b>ДОЛЖНОСТЬ</b>	<b>ДАТА ПРОИСШЕСТВИЯ</b>	<b>АДРЕС / НОМЕР ТЕЛЕФОНА</b>

**Проблемы с доступом к информации на родном языке (отметьте все подходящие пункты):**

Отсутствие объявлений, информирующих о наличии переводческих услуг

Отсутствие бланков/материалов на других языках

Отсутствие двуязычного обслуживающего персонала

Другое:

**Опишите своими словами, из-за каких действий вы пришли к выводу о том, что подверглись дискриминации.**

**Укажите, какого решения вы добиваетесь.**

Я подтверждаю, что вышеизложенная информация является правдивой и полной по имеющимся у меня сведениям и по моим убеждениям.

ПОДПИСЬ ПОДАТЕЛЯ ЖАЛОБЫ	ДАТА
-------------------------	------