

# **PROSESO NG PAGREREKLAMO NG DISKRIMINASYON SA PAG-ACCESS NG WIKA NG DHCS**

**(TITLE VI at ang Dymally-Alatorre Bilingual Services Act)**

## **MGA KARAPATAN NG NAGREREKLAMO**

Inaatasan ng batas ng estado at pederal na batas ang Department of Health Care Services ng Estado ng California na magbigay ng mga serbisyo sa mga wika maliban sa Ingles para sa mga taong limitado ang kaalaman sa wikang Ingles.

Isinasaad sa pederal na batas na dapat gumawa ng mga hakbang ang lahat ng organisasyong nakakatanggap ng pederal na pera upang matiyak na hindi ginagamit sa pandidiskrimina ang pederal na pera. Dapat respetuhin ng lahat ng tao at organisasyon na nagbibigay ng tulong ng Medi-Cal sa California ang mga karapatan ng isang consumer at dapat ipagbawal ng mga ito ang pandidiskrimina sa pangangasiwa ng mga serbisyo ng Medi-Cal, kabilang na ang kakayahang makakuha ng mga serbisyo para sa mga indibidwal na Limitado ang Kaalaman sa Wikang Ingles (Limited English Proficient o LEP). Ginawa ng Office of Civil Rights (OCR) ng Department of Health Care Services (DHCS) ang proseso ng pagrereklamo na ito upang magpahayag ang mga consumer ng Medi-Cal ng mga reklamo sa pinaghihinalaang diskriminasyon sa pag-access ng wika laban sa sinumang indibidwal o anumang organisasyon na pinaniniwalaan nilang nagsagawa ng ganitong uri ng pandidiskrimina.

## **Hinggil sa mga reklamo ng pandidiskrimina, mayroong karapatan ang nagrereklamo na:**

- Maghain ng nakasulat na reklamo sa Office of Civil Rights (OCR) ng Department of Health Care Services (DHCS) sa loob ng isang taon (365 araw) mula sa petsa kung kailan nangyari ang pinaghihinalaang labag sa batas na pandidiskrimina. Dapat isaad sa nakasulat na reklamo ang pagkilos na pinaghihinalaang nandidiskrimina, at ang (mga) partikular na remedyong hinahangad ng nagrereklamo
- Maghain ng reklamo alinsunod sa Title VI ng Civil Rights Act of 1964, at iba pang mga naaangkop na batas ng estado at pederal na batas sa pederal na Health and Human Services Office of Civil Rights (HHS OCR) at/o sa DHCS OCR. Alinsunod sa Title VI, dapat maghain ng reklamo sa loob ng isang daan at walumpung (180) araw mula sa petsa kung kailan nangyari ang pinaghihinalaang pandidiskrimina
- Humiling ng walang kinikilingang imbestigasyon
- Magtalaga ng kinatawang pinili at binabayaran ng nagrereklamo na kabilang sa lahat ng yugto ng proseso
- Hindi pigilan, panghimasukan, puwersahin o paghigantihan
- Hilingin sa HHS OCR na suriin ang pagkilos ng Office of Civil Rights ng DHCS

## May responsibilidad ang nagrereklamo na:

Magbigay ng tumpak at totoong impormasyon sa lahat ng yugto ng proseso ng pagrereklamo. Nabasa at nauunawaan ko ang mga karapatan at responsibilidad na ito.

## PAHAYAG SA PRIVACY

Inaatas ng Information Practices Act of 1977 (California Civil Code, seksyon 1798.1, et. seq.) at ng Federal Privacy Act of 1974 (Title 5, United States Code, seksyon 552a, et. seq.) na ibigay ang paunawang ito kapag nangongolekta ng personal na impormasyon mula sa mga indibidwal.

Hinihingi ng Office of Civil Rights ng Department of Healthcare Services (Departamento) ng California ang impormasyong hinihiling sa Form para sa Pagrereklamo hinggil sa Pag-access ng Wika alinsunod sa Dymally Alatorre Bilingual Services Act at Title VI ng Civil Rights Act of 1964.

Boluntaryo ang pagbibigay sa lahat ng impormasyong hinihiling sa aplikasyon; gayunpaman, maaaring hindi makaugnayan ng Departamento ang Nagrereklamo kapag hindi kumpleto at tumpak na naibigay ang impormasyon. Pangunahing gagamitin ang impormasyon upang makipag-ugnayan sa Nagrereklamo at/o humiling ng karagdagang impormasyon hinggil sa paratang na pandidiskrimina.

Walang anumang mga nalalaman o nakikinitang pagbubunyag na maaaring gawin sa impormasyon ang Departamento. Gayunpaman, kung dadalhin sa korte ang reklamo, maaaring kailanganing magbunyag. May karapatan ang Nagrereklamo na i-access ang mga talaang naglalaman sa personal na impormasyon na pinapanatili ng Departamento.

|       |       |
|-------|-------|
| Lagda | Petsa |
|-------|-------|

# PROGRAMA NG EXTERNAL NA PAGSUNOD NG CIVIL RIGHTS PAGREREKLAMO NG DISKRIMINASYON SA PAG-ACCESS NG WIKA

**Sagutan at ipadala sa:**

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

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| <b>PANGALAN</b>                    | <b>PETSA</b>          |
| <b>ADDRESS</b>                     | <b>NUMERO NG KASO</b> |
| <b>NUMERO NG TELEPONO (      )</b> |                       |

| <b>AHENSYA/PANGALAN NG<br/>TAONG NANDISKRIMINA</b> | <b>TITULO</b> | <b>PETSA NG<br/>PANGYAYARI</b> | <b>ADDRESS/NUMERO<br/>NG TELEPONO</b> |
|--|---------------|--------------------------------|---------------------------------------|
|  |               |                                |                                       |
|  |               |                                |                                       |
|  |               |                                |                                       |

**Mga Isyu sa Pag-access ng Wika (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop):**

Hindi sapat ang mga sign na nagbibigay-alam sa publiko tungkol sa mga serbisyo sa pagsasalin-wika

Hindi sapat ang mga form/materyales na nakasalin sa maraming wika

Kulang ng mga tauhang bilingual

Iba pa:

**Ilarawan sa sarili mong mga salita kung ano ang (mga) naging pagkilos na nagpapaniwala sa iyo na nadiskrimina ka.**

**Isaad kung ano ang resolusyong hinahangad mo.**

Kinukumpirma ko na totoo at kumpleto ang isinaad na impormasyon sa abot ng aking kaalaman at paniniwala.

|                       |       |
|-----------------------|-------|
| LAGDA NG NAGREREKLAMO | PETSA |
|-----------------------|-------|