

# ដំណើរការក្នុងតវ៉ាអំពីការរើសអើងការប្រើភាសានៅ DHCS

(ចំណងជើង VI និងច្បាប់ស្តីពីសេវាកម្មអ្នកចេះនិយាយភាសាពីរ ឌីម៉ាលី-អាឡាតូរេ)

(TITLE VI AND the Dymally-Alatorre Bilingual Services Act)

## សិទ្ធិស្តីពីអ្នកក្នុងតវ៉ា

ច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ តម្រូវឱ្យក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដើម្បីផ្តល់ជូនសេវាកម្មជាភាសាភាសាដទៃទៀត ដល់អ្នកដែលមានជំនាញភាសាភាសាអង់គ្លេសមានកំណត់។

ច្បាប់សហព័ន្ធ កំណត់ថាគ្រប់អង្គការទាំងអស់ដែលទទួលបានប្រាក់កាសសហព័ន្ធ ត្រូវបានរឹតតែខ្លាំងនូវការដើម្បីធានាថា ប្រាក់កាសសហព័ន្ធមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងនៃការរើសអើងឡើយ។ ប្រជាពលរដ្ឋ និងអង្គការទាំងអស់ ដែលផ្តល់ជូនជំនួយកម្មវិធីមេឌីគាល Medi-Cal នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ត្រូវតែគោរពសិទ្ធិអតិថិជន និងហាមប្រាមចំពោះការរើសអើងនៅក្នុងសេវាកម្មរដ្ឋបាលនៃកម្មវិធីមេឌីគាល Medi-Cal ដែលមានសុខភាពអាចចូលប្រើសេវាកម្មនានាសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានជំនាញភាសាភាសាអង់គ្លេសមានកំណត់ (LEP)។ ក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (DHCS) ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល (OCR) បានបង្កើតដំណើរការក្នុងតវ៉ានេះ សម្រាប់អតិថិជនកម្មវិធីមេឌីគាល Medi-Cal ដើម្បីសម្រួលការក្នុងតវ៉ាចំពោះការរើសអើងការប្រើភាសាដែលពេលទៅប្រកាន់ ប្រឆាំងនឹងបុគ្គលណាម្នាក់ ឬអង្គការណាមួយ ដែលពួកគេជឿថាបានជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងប្រភេទនៃការរើសអើងនេះ។

## ពាក់ព័ន្ធនឹងការក្នុងតវ៉ាអំពីការរើសអើង អ្នកក្នុងតវ៉ាមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (DHCS) ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល (OCR) ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ (365) ថ្ងៃ ពីការរើសអើងមិនត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ ដែលពេលទៅប្រកាន់។ បណ្តឹងតវ៉ាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ ត្រូវកំណត់សកម្មភាពដែលបានដឹងថាមានការរើសអើង និងដំណោះស្រាយកែតម្រូវជាក់លាក់ដែលស្វែងរកដោយអ្នកក្នុងតវ៉ា
- ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាក្រោមចំណងជើង Title VI ច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិជនស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 (Title VI of the Civil Rights Act of 1964) និងច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធដែលត្រូវអនុវត្តផ្សេងទៀត ទៅនឹងសេវាកម្មរដ្ឋ និងសុខភាពសហព័ន្ធ ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល (federal Health and Human Services Office of Civil Rights (HHS OCR)) និង/ឬ DHCS OCR។ ដោយប្រើ Title VI នោះ បណ្តឹងតវ៉ាត្រូវដាក់ក្នុងរយៈពេលមួយរយប៉ែតសិប (180) ថ្ងៃ ពីអំពើរើសអើងដែលពេលទៅប្រកាន់
- ការស៊ើបអង្កេតដែលមិនលំអៀង
- មានអ្នកតំណាងម្នាក់ ត្រូវបានជ្រើសរើសនិងបង្កើតជូនដោយអ្នកក្នុងតវ៉ា ដែលតំណាងឱ្យគ្រប់ដំណាក់កាលទាំងអស់នៃដំណើរការនេះ
- គ្មានការរឹតត្បិត ការជ្រៀតជ្រែក ការបង្ខិតបង្ខំដោយកម្លាំង ឬការសងសឹក
- ស្នើសុំ HHS OCR ដើម្បីពិនិត្យមើលសកម្មភាព DHCS ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល

## អ្នកក្នុងតវ៉ា មានការទទួលខុសត្រូវដើម្បី៖

ផ្តល់ជូនព័ត៌មានជាក់លាក់ និងពិតប្រាកដ នៅអំឡុងពេលគ្រប់ជំហានទាំងអស់នៃដំណើរការនៃការក្នុងតវ៉ានេះ។  
ខ្ញុំបានអាន និងយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវទាំងនេះ។

**របាយការណ៍ស្តីពីសិទ្ធិឯកជន**

ច្បាប់ស្តីពីការប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន (The Information Practices Act of 197 (ច្បាប់រដ្ឋប្បវេណីរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា California Civil Code, ផ្នែក 1798.1, et. seq.) និងច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិឯកជនសហព័ទ្ធ Federal Privacy Act of 1974 (ចំណងជើង Title 5, ច្បាប់សហរដ្ឋអាមេរិក United States Code, ផ្នែក 552a, et. seq.) កំណត់ថាសេចក្តីជូនដំណឹងនេះត្រូវផ្តល់ជូននៅពេលប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនពីបុគ្គលនានា។

ក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ការិយាល័យសិទ្ធិឯកជនស៊ីវិលនៃ (ក្រសួង) ស្វែងរកព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំជាទម្រង់បែបបទស្តីពីការប្តឹងតវ៉ាការប្រើភាសា ដោយស្របតាមច្បាប់ស្តីពីសេវាកម្មអ្នកចេះនិយាយភាសាពីរ ឌីម៉ាលី-អាល់ឡាទ័រ (Dymally Alatorre Bilingual Services Act) និងចំណងជើងនៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិឯកជនស៊ីវិល (Title VI of the Civil Rights Act of 1964)។

ព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលបានស្នើសុំនៅក្នុងពាក្យសុំ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ប៉ុន្តែទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការខកខានផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ អាចបង្កឱ្យមានការខ្វះសមត្ថភាពរបស់ក្រសួង ដើម្បីទាក់ទងអ្នកប្តឹងតវ៉ាផងដែរ។ គោលបំណងជាមូលដ្ឋាន ដែលក្នុងនោះព័ត៌មាននឹងត្រូវប្រើប្រាស់ គឺដើម្បីទាក់ទងអ្នកប្តឹងតវ៉ា និង/ឬ ដើម្បីស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមដែលទាក់ទងនឹងការចោទប្រកាន់ចំពោះការរើសអើង។

ក្រសួងពុំមានការបញ្ជាក់ព័ត៌មានដែលបានដឹង ឬដែលអាចគ្រោងទុកជាមុន ដែលអាចបង្កើតឱ្យមានព័ត៌មាននេះ។ ប៉ុន្តែបើការចោទប្រកាន់ត្រូវបានដោះស្រាយតាមច្បាប់តុលាការនោះ ការបញ្ជាក់ព័ត៌មាន អាចជាការបង្កប់បញ្ហា។ អ្នកប្តឹងតវ៉ាមានសិទ្ធិប្រើកំណត់ត្រានានាដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ដែលរក្សាទុកដោយក្រសួង។

ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ
----------	-------------

**កម្មវិធីស្តីពីការប្រព្រឹត្តស្របច្បាប់ក្រៅប្រទេសនៃសិទ្ធិជនស៊ីវិល**  
**ការប្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើង, ការប្រើភាសា**

**បំពេញ ហើយបញ្ជូនទៅ៖**

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

<b>ឈ្មោះ</b>	<b>កាលបរិច្ឆេទ</b>
<b>អាសយដ្ឋាន</b>	<b>លេខសំណុំរឿង</b>
<b>លេខទូរស័ព្ទ (            )</b>	

<b>ភ្នាក់ងារ/ឈ្មោះបុគ្គលដែលបានរើសអើង</b>	<b>ចំណងជើងរឿង</b>	<b>កាលបរិច្ឆេទនៃការកើតឡើង</b>	<b>អាសយដ្ឋាន/លេខទូរស័ព្ទ</b>

**បញ្ជាប្រើភាសា (គ្រួសារកម្រិតទាំងអស់ដែលត្រូវអនុវត្ត)៖**

- ការខ្វះកំណត់សម្គាល់នានាដែលប្រាប់សាធារណៈជនអំពីសេវាកម្មបកប្រែភាសា
- ការខ្វះទម្រង់បែបបទ/ឯកសារនានាជាភាសាជាច្រើន
- ការខ្វះបុគ្គលិកដែលចេះនិយាយភាសាពីរប្រើភាសា
- ផ្សេងៗ៖

**ពណ៌នាជាពាក្យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ថាតើសកម្មភាពអ្វីខ្លះបានកើតឡើងដែលធ្វើឱ្យអ្នកជឿជាក់ថា មានការរើសអើងប្រឆាំងនឹងអ្នក។**

**បង្ហាញអំពីការដោះស្រាយអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកកំពុងតែស្វែងរក។**

ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានខាងលើពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញចំពោះចំណេះដឹង និងការជឿជាក់របស់ខ្ញុំដ៏ល្អបំផុត។

ហត្ថលេខាអ្នកប្តឹងតវ៉ា	កាលបរិច្ឆេទ
-----------------------	-------------