

# DHCS 语言服务歧视 投诉流程

(第 VI 条和 Dymally-Alatorre 双语服务法)

## 投诉权

州和联邦法律要求加利福尼亚州医疗服务部为英语能力有限的人提供英语以外语言的服务。

联邦法律规定，所有接受联邦资金的组织必须采取措施确保联邦资金不会用于歧视性用途。所有在加利福尼亚提供 Medi-Cal 协助的人员和组织必须尊重消费者的权利，并且在执行 Medi-Cal 服务的过程中禁止歧视，包括英语能力有限 (LEP) 人员获取服务的能力。医疗服务部 (DHCS) 民事权利办公室 (OCR) 已经为 Medi-Cal 消费者确立通过语音对其认为涉嫌语言服务歧视的任何个人或组织进行投诉的投诉流程。

## 关于歧视投诉，投诉人具有以下权利：

- 在声称的非法歧视起一年 (365) 天内向医疗服务部 (DHCS) 民事权利办公室 (OCR) 提交书面投诉。书面投诉必须说明理解为具有歧视性的行为，以及投诉人寻求的具体补救措施
- 按照 1964 年民权法第 VI 条以及其他适用州和联邦法律，向联邦医疗与人类服务民事权利办公室 (HHS OCR) 和/或 DHCS OCR 提交投诉。运用第 VI 条的投诉必须在声称的歧视性行为起一百八十 (180) 天内提交
- 公正调查
- 在流程的所有阶段，由投诉人挑选并付费的代表均在场
- 不受到任何约束、干扰、强迫或报复
- 要求 HHS OCR 审查 DHCS 民事权利办公室的行为

## 投诉人具有以下责任：

在投诉流程所有阶段提供准确的事实信息。  
我已阅读并理解这些权利和责任。

## 隐私声明

1977 信息行为法（加利福尼亚州民法，第 1798.1 节等）和 1974 年联邦隐私法（第 5 条，美国法典第 552a 节等）要求，从个人收集个人信息时提供此声明。

加利福尼亚医疗服务部（部门）民事权利办公室按照 **Dymally Alatorre** 双语服务法和 1964 年民权法第 VI 条搜集语言服务投诉表中要求的信息。

申请中要求的所有信息均出于自愿；但未能完整准确提供信息可能导致部门无法联系投诉人。信息的主要用途是与投诉人沟通和/或要求与歧视投诉有关的其他信息。

部门不会对信息的任何内容进行任何已知或可预见的披露。但是，如果投诉提交至法庭，可能需要强制性披露。投诉人有权获取包含部门获有个人信息的记录。

签字	日期
----	----

## 民事权利外部合规性计划歧视投诉，语言服务

请填写完毕后交回至：

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

姓名	日期
地址	案件编号
电话号码 (     )	

作出歧视行为的机构/人员姓名	职位	发生日期	地址/电话号码

语言服务问题（选中所有适用项）：

缺少指示公共翻译服务的标志

缺少多种语言的表格/材料

缺少双语人员

其他：

用您自己的话描述导致您认为自己受到歧视的具体行为。

指出您要求的解决方案。

我了解，据我所知以上信息真实完整。

投诉人签字	日期
-------	----