

نماینده باصلاحیت را تعیین کنید، تغییر دهید و یا برکنار سازید: شخص (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

تعیین، تغییر یا بر کناری نماینده باصلاحیت را تکمیل و ارسال کنید: فرم شخص، F-10126A، برای تعیین، تغییر یا برکنار سازی نماینده با صلاحیت شما:

برای تعیین یک نهاد به عنوان نماینده باصلاحیت شما، تعیین، تغییر یا بر کناری نماینده باصلاحیت را تکمیل و ارسال کنید: به جای فرم نهاد، F-10126B

اگر سرپرست قانونی مرتبط با جایداد دارید یا سرپرست قانونی مربوط به شخصیت و اموال دارید یا محافظ دارید، در این صورت اگر می خواهید شخصی غیر از آنها نماینده تام الاختیار شما باشد، همان شخص باید نماینده تام الاختیار برای شما تعیین کند. اگر یک وکیل فعال و دائمی برای امور مالیاتی دارید، شما یا وکیلان می توانید یک نماینده واجد شرایط را تعیین کنید.

یک سرپرست قانونی آن شخص تنها در صورتی می تواند نماینده مجاز برای شما تعیین کند که مدارک محکمه که سرپرست قانونی آن شخص را تعیین می کند به سرپرست این اختیار را بدهد که از طرف شما با واجد شرایط بودن و مزایای شما در برنامه های کمک های عمومی عمل کند.

وکالت نامه مراقبت های صحتی نمی تواند از طرف شما برای تعیین نماینده مجاز اقدام کند.

اطلاعات شناسایی شخصی ارائه شده در این فرم فقط برای مدیریت مستقیم Wisconsin Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، Family Caretaker Supplement (فقط خدمات تنظیم خانواده)، و Caretaker Supplement (سرپرست یا مکمل سرپرستی) استفاده می شود.

معلومات نماینده با صلاحیت

نماینده با صلاحیت، شخصی است که با وضعیت/شرایط خانواده شما آشنا است و شما به او اعتماد دارید که به نمایندگی از شما اقدام کند. هر فردی می تواند به عنوان نماینده باصلاحیت شما عمل کند؛ جز افراد ذیل:

- افرادی که به دلیل نقض عمدی برنامه FoodShare رد صلاحیت شده اند، نمی توانند در جریان دوره رد صلاحیت خود به عنوان نماینده باصلاحیت خدمت کنند، مگر اینکه هیچ فردی دیگری نتواند به عنوان نماینده باصلاحیت عمل نماید.
- ارائه کنندگان غذایی بی خانمان نمی توانند به عنوان نماینده باصلاحیت برای یک واحد غذایی بی خانمان خدمت کنند. (واحد غذایی یک یا چند نفر است که باهم زندگی می کنند و باهم غذا خریداری می کنند و غذا تهیه می کنند.)
- کارمندان نهاد که به تعیین واجد شرایط بودن یا مزایا کمک می کنند، نمی توانند به عنوان نماینده باصلاحیت خدمت کنند. تأییدی/منظوری خاص کتبی ممکن است برای آنها داده شود تا در شرایط مشخص به عنوان نماینده باصلاحیت خدمت کنند.
- پرچون فروشانی که صلاحیت پذیرش مزایای FoodShare دارند، نمی توانند به عنوان نماینده باصلاحیت خدمت کنند.

پس از اینکه نماینده باصلاحیت تعیین شد، نماینده باصلاحیت شما ممکن است یک یا همه موارد ذیل را از طرف /به نمایندگی شما انجام دهد:

- درخواست برای مزایا یا تمدید آن
 - تغییرات گزارش در معلومات شما
 - کار کردن با نهاد شما در باره هر موضوع مرتبط به مزایای شما
 - درج شکایات و درخواست های تجدیدنظر در مورد واجد شرایط بودن شما برای برنامه هایی که برای آن درخواست می دهید یا در آن ثبت نام کرده اید.
- همچنان می توانید انتخاب کنید که نماینده باصلاحیت شما کاپی نامه های در مورد واجد شرایط بودن، مزایا و کارت ForwardHealth شما را دریافت کند، از طرف شما با اعضای خدمات ForwardHealth و HMO شما کار کند و شکایات و درخواست ها در مورد خدمات مراقبت های صحتی شما (بطور مثال؛ تداوی و بیل ها) را ثبت نماید.

برای درخواست یا دریافت مزایا نیازی نیست تا نماینده با صلاحیت داشته باشید.

نماینده باصلاحیتی را که شما در این فرم تعیین می کنید، می تواند از طرف شما برای هر یک از برنامه های ذیل عمل کند: Medicaid و یسکانسن، Family Planning Only Services، FoodShare، BadgerCare Plus (خدمات فقط پلانگذاری صحتی)، و/یا Caretaker Supplement (مکمل سرپرست/نگهبان) اگر در یکی از این برنامه ها و Wisconsin Works (کارهای و یسکانسن) (W-2) ثبت نام کرده اید، نماینده باصلاحیت شما نیز می تواند از طرف شما برای W-2 اقدام کند.

نماینده باصلاحیتی را که شما در این فرم تعیین می کنید نمی تواند از طرف شما برای برنامه Wisconsin Shares Child Care Subsidy (مساعدت برای مراقبت از کودکان سهام و یسکانسن) اقدام کند. اگر برای سهام و یسکانسن درخواست می دهید، شما خودتان باید برای خودتان درخواست دهید.

رهنمودهای فرم

اگر معلومات مورد نیاز؛ از جمله هر یک از امضاءها در این فرم وجود نداشته باشد، فرم ناقص تلقی می شود و نماینده باصلاحیت شما نمی تواند از طرف شما عمل کند.

بخش 1 – شما باید بخش 1 را تکمیل کنید. شما باید انتخاب کنید که آیا نماینده باصلاحیت را تعیین می کنید، تغییر می دهید یا برکنار می کنید. همچنین باید نام و تاریخ تولد خود را نیز بنویسید تا بتوانیم شما را شناسایی کنیم. اگر در حال انتخاب یا تغییر نماینده باصلاحیت هستید، انتخاب کنید که آیا می خواهید

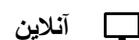
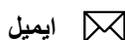
نماینده باصلاحیت شما کاپی نامه‌های شما را دریافت کند یا خیر. اگر برای برنامه مراقبت صحتی نیز درخواست می‌دهید یا در آن ثبت نام کرده اید، انتخاب کنید که آیا می‌خواهید به نماینده باصلاحیت خود اجازه دهید اقدامات بیشتری را از طرف شما انجام دهد. قبل از تأیید کردن گزینه "بله"، اطمینان حاصل کنید که تأییدی معلومات صحتی محرم را خوانده اید و با آن موافقت می‌کنید. بعد، تفاهم‌نامه را بخوانید. اگر موافق بودید، در فورم امضاء کنید و تاریخ را نیز بنویسید.

بخش 2 – نماینده باصلاحیت شما باید بخش 2 را تکمیل کند. نماینده باصلاحیت شما باید نام و شماره تماس خود را بدهد. آنها همچنین باید تفاهم‌نامه را بخوانند و در صورت موافقت با اظهارات آن، فورم را امضاء نموده و تاریخ را نیز بنویسند.

بخش 3 – اگر در حال انتخاب و تغییر نماینده با صلاحیت هستید، باید علاوه بر نماینده باصلاحیت، فردی دیگری را نیز در کنار خود داشته باشید که امضاء کردن این فورم را از طرف شما مشاهده کند. این شخص را شاهد گویند. اگر این فورم را با شخص ناآشنا امضا کنید، دو شاهد باید امضای شما در فورم را مشاهده کنند. شاهد یا شاهد‌ها باید نام، امضاء و تاریخ را در فورمی که امضاء میکنند، ارائه نمایند.

ارائه/تسلیم دهی فورم

شما می‌توانید فورم را از طریق یکی از راه‌های ذیل تسلیم نمائید:



اگر در شهرک **Milwaukee** زندگی می‌کنید، فورم را به آدرس زیر ارسال کنید:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

اسکن تمامی صفحات فورم برای برنامه ACCESS. شما می‌توانید این کار از طریق حساب ACCESS خود با وارد شدن (log in) به access.wi.gov انجام دهید. (یادداشت: اگر شما حساب ACCESS ندارید، می‌توانید به access.wi.gov بروید و برای خود حساب بسازید.)

اگر در ایالت **Milwaukee** زندگی نمی‌کنید، فورم را به این آدرس ایمیل کنید:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

یادداشت: شما می‌توانید صرف اسکن فورم‌ها را در اوقات مشخص برای ACCESS اسکن کنید. اگر نتوانستید فورم را در ACCESS اسکن کنید، فورم را با استفاده از سایر روش‌ها تسلیم دهید.

از طریق شخص



فورم را به نهاد خود ببرید. معلومات تماس نهاد شما در وبسایت (وزارت خدمات صحتی) ویسکانسن در dhs.wi.gov/im-agency وجود دارد.

- اگر در ایالت **Milwaukee** زندگی می‌کنید، فورم را به 888-409-1979 فکس کنید.
- اگر در ایالت **Milwaukee** زندگی نمی‌کنید، فورم را به 855-293-1822 فکس کنید.

برای معلومات بیشتر در مورد نمایندگان باصلاحیت، به وبسایت DHS به آدرس www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm مراجعه کنید.



توسط درخواست کنند/عضو خانه پری گردد.

بخش 1

- من:
- یک نماینده باصلاحیت را تعیین می‌کنم. شما باید همه بخش 1 را خانه پری کنید.
- نماینده باصلاحیت را تغییر می‌دهم. شما باید همه بخش 1 را خانه پری کنید. اطمینان حاصل کنید نام نماینده باصلاحیت جدیدتان را در بخش ب، درج کردید.
- نماینده باصلاحیت را بر کنار می‌کنم. شما باید بخش الف و ه بخش 1 را خانه پری کنید. بخش های ب و ج را خالی بگذارید.

بخش الف: معلومات شخصی

نام – درخواست کننده/عضو(نام خانوادگی، نام اصلی، تخلص)

تاریخ تولد

شماره کیس/دوسیه (اگر یک دوسیه دارید)

بخش ب: معلومات تفویض صلاحیت:

من فرد ذیل را به عنوان نماینده باصلاحیت خود تعیین می‌نمایم.

من از نماینده باصلاحیت خود می‌خواهم کاپی نامه‌های در مورد واجد شرایط بودن و مزایای من را دریافت کند.

 بلی نخیر

بخش ج: معلومات اضافی در مورد تفویض صلاحیت — فقط برنامه های مراقبت صحتی (اختیاری)

من برای برنامه مراقبت های صحتی (به عنوان مثال، ویسکانسن Medicaid، BadgerCare Plus، یا Family Planning Only Services) فقط خدمات پلانگذاری خانواده)) درخواست می‌کنم یا در آن ثبت نام کرده‌ام و می‌خواهم نماینده باصلاحیت من تمام موارد زیر را انجام دهد:

- کارت ForwardHealth من را از طرف من دریافت کند.

- من را در HMO ثبت نام کند.

- در مورد صورت حساب، خدمات یا سایر معلومات طبی، از جمله معلومات محرم طبی، با اعضای خدمات ForwardHealth یا HMO من صحبت کند. قبل از اینکه گزینه "بلی" را انتخاب کنید، مطمئن شوید که معلومات محرم صحتی تفویض صلاحیت زیر را خوانده و با آن موافقت کرده اید.

- شکایات و درخواست‌ها در مورد خدمات مراقبت صحتی من (به عنوان مثال، درمان و صورت حساب‌ها) را درج کند.

 بلی نخیر

صلاحیت در مورد استفاده و نشر معلومات محرم صحتی

با علامت گذاری روی گزینه بلی فوق، به Department of Health Services (وزارت خدمات صحتی) (DHS) ویسکانسن و قراردادی های آن، از جمله HMOs، اجازه می‌دهم اطلاعات محرم صحتی من را به نماینده باصلاحیت شریک سازند (شریک ساخته شود).

معلوماتی که من اجازه نشر آن را می‌دهم ممکن است شامل انواع معلومات زیر باشد: ادعاها، سوابق صحتی، مراقبت از سوء مصرف مواد، مراقبت های باروری، مراقبت روانی، بیماری های ساری، خدمات فارمسی، HIV/AIDS، سوابق مربوط به دندان، و ناتوانی های رشدی.

معلوماتی که برای نماینده با صلاحیت شریک ساخته می‌شود بتواند مدیریت مزایای مراقبت های صحتی من را کمک کند.

درک میکنم که هر اطلاعاتی که بر اساس این مجوز استفاده یا به اشتراک گذاشته میشود، میتواند توسط شخص یا نهادی که اطلاعات را دریافت میکند مجدداً به اشتراک گذاشته و دیگر توسط مقررات حفظ حریم خصوصی فدرالی محافظت نخواهد شد.

می‌دانم که این تفویض صلاحیت داوطلبانه است و ممکن است با انتخاب گزینه "نخیر" در بالا، اجازه نشر معلومات محرم صحتی را رد کنم. انتخاب گزینه "نخیر"، روی ارائه خدمات درمانی، پرداخت، ثبت نام در طرح صحتی یا واجد شرایط بودن برای مزایا تأثیری نخواهد داشت، مگر اینکه تفویض صلاحیت برای تعیین واجد شرایط بودن برای برنامه یا ثبت نام در برنامه ضروری باشد.

تفویض صلاحیت هذا، تا زمانی که نماینده باصلاحیت من در این فورم را از نمایندگی باصلاحیت خود برکنار سازم، یا به نهاد خود اطلاع دهم که نمی‌خواهم نماینده باصلاحیت من دیگر به معلومات محرم صحتی من دسترسی داشته باشد، ادامه خواهد داشت. من می‌توانم هر زمان که بخواهم در این مورد به نهاد خود کتباً اطلاع دهم. با این حال، حذف تفویض صلاحیت روی معلومات محرم صحتی که قبلاً شریک ساخته شده است، تأثیر نمی‌گذارد.

بخش د: بیانیه تفاهم

- من درک می‌کنم و توافق می‌نمایم که:
- من این حق را دارم هر فردی را که بخواهم به عنوان نماینده باصلاحیت خود انتخاب کنم.
 - من می‌توانم نماینده باصلاحیت خود را در هر زمان تغییر دهم یا برکنار سازم. من باید به طور کتبی به نهاد خود اطلاع دهم که می‌خواهم نماینده باصلاحیت خود را تغییر دهم یا برکنار سازم.
 - من مجبور نیستم به کسی بگویم که او را به عنوان نماینده باصلاحیت خود برکنار می‌کنم.
 - نماینده باصلاحیت ذکر شده در این فورم، نماینده با صلاحیت من باقی خواهند ماند، تا زمانی که آنها را تغییر دهم یا برکنار سازم.
 - نماینده باصلاحیت من به معلومات شخصی من مانند شماره تامین اجتماعی، صورت های حسابهای مالی و معلومات طبی دسترسی خواهد داشت تا به من در مدیریت و اجد شرایط بودن کمک کند. اگر با معلومات محرم صحی تفویض صلاحیت در فوق موافقت کردم، می‌دانم که نماینده باصلاحیت من نیز به این معلومات دسترسی خواهد داشت تا به من در مدیریت خدمات مراقبت‌های صحی ام (مانند صورت‌حساب‌های تدوای و صحی) کمک کند.
 - من باید معلومات واقعی و دقیق را به نماینده باصلاحیت خود ارائه کنم.
 - من در مورد معلومات نادرست و اشتباه در گزارشات نماینده باصلاحیت خود، مسؤل هستم. من درک می‌کنم که اگر نماینده باصلاحیت من یا من معلومات نادرست ارائه دهیم یا معلوماتی را پنهان کنیم، ممکن است:
 - مزایایی را که نباید می‌گرفتم پس بدهم.
 - جریمه شوم.
 - از یک برنامه محروم شوم.
 - به دلیل تقلب تحت پیگرد قرار گیرم.
 - با امضای این فورم، اظهار می‌دارم که اظهارات و موارد فوق را درک کرده و با آن موافق هستم.

بخش ه: امضاء و تاریخ

تاریخ امضاءشده

امضاء- درخواست کننده/عضو



توسط نماینده باصلاحیت خانه پری گردد.

بخش 2

بخش الف: معلومات تماس

نام- نماینده باصلاحیت (نام خانوادگی، نام اصلی، تخلص)

آدرس سرک

زیپ کد

ایالت

شهر

ایمیل آدرس (اختیاری)

شماره تیلیفون (بشمول کد منطقه)

بخش ب: تفاهنامه

- من درک می‌کنم و موافق هستم:
- من به عنوان یک نماینده باصلاحیت، محدود به انجام هر یک یا همه موارد زیر از طرف درخواست کننده/عضو هستم:
 - درخواست برای مزایا یا تمدید آن
 - گزارش دادن تغییرات
 - کار کردن با نهاد درخواست کننده/عضو در مورد هر موضوع مرتبط به مزایا
 - تکمیل کردن شکایات و درخواست‌های مرتبط به واجد شرایط بودن
 - من توقع دارم که با شرایط/وضعیت درخواست کننده/عضو آشنا شوم.
 - درخواست کننده/عضو می‌تواند هر زمانی من را از نماینده بودن خود بر کنار سازد.
 - برای درخواست کننده/عضو ضرور نیست تا به من اطلاع دهد که من از کار کردن به عنوان نماینده با صلاحیت آنها بر کنار شدم.
 - من نماینده باصلاحیت درخواست کننده/عضو هستم تا زمانی که آنها نماینده باصلاحیت دیگری درخواست کنند یا من را به عنوان نماینده باصلاحیت خود انتخاب نکنند.
 - من باید معلومات دقیق و درست را ارائه نمایم.
 - اگر معلومات نادرست یا اشتباه ارائه کنم، درخواست کننده/عضو ممکن است هر نوع مزایای مراقبت صحتی بدست آورده از طریق معلومات اشتباه را بازپرداخت نمایند.
 - اگر عمداً قوانین و مقررات برنامه را نقض کنم، باید تمام مزایای FoodShare را که به اشتباه استفاده شده یا دریافت شده است، بازپرداخت کنم.
 - من باید قوانین نافذ ایالتی و فدرالی در مورد تضاد منافع و محرمانه بودن معلومات را رعایت کنم.
 - با امضای این فورم، اظهار می‌دارم که اظهارات و موارد فوق را درک کرده و با آن موافق هستم.
 - با امضای این فورم، اظهار می‌دارم که به عنوان نماینده باصلاحیت برای درخواست کننده/عضو ذکر شده در بخش 1، خدمت خواهم کرد.

بخش ج: امضاء و تاریخ

امضاء – نماینده باصلاحیت	تاریخ امضاءشده
--------------------------	----------------



توسط شاهد(ها) پری گردد.

بخش 3

نام – شاهد (نام خانوادگی، نام اصلی، تخلص)

امضاء – شاهد	تاریخ امضاءشده
--------------	----------------



نام – شاهد (نام خانوادگی، نام اصلی، تخلص) (اگر درخواست کننده/عضو آنرا با یک فرد ناآشنا امضاء کرد)

امضاء – شاهد	تاریخ امضاءشده
--------------	----------------



برنامه کمکی تغذیه تکمیلی (SNAP) و برنامه توضیح مواد غذایی در مناطق اختصاصی سرخ پوستان بومی ایالات متحده آمریکا (FDPIR) نمایندگی های ایالتی یا محلی و دریافت کننده های فرعی شان باید بیانییه عدم تبعیض زیر را به نشر برسانند:

در اینجا درخواست ارسال نکنید

در مطابقت با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا (USDA) این نهاد از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، جنسیت (به شمول هویت جنسی و گرایش جنسی) عقیده مذهبی، معلولیت، سن، اعتقادات سیاسی، یا انتقام جویی یا عمل تلافی جویانه به دلیل فعالیت حقوق مدنی قبلی ممنوع میباشد.

معلومات در مورد این برنامه میتواند به زبان های غیر از انگلیسی قابل دسترس قرار گیرد. افرادی که دارای معلولیت اند و نیاز به ابزارهای جایگزین جهت بدست آوردن معلومات دارند (مانند خط بریل، چاپ متن به اندازه گ، نوار صوتی، زبان اشاره ای امریکایی) (باید با اداره ایالتی یا محلی) که در آنجا درخواست برای دریافت مزایا کرده اند تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا، کم شنوا یا دارای ناتوانی های گفتاری اند، می توانند از طریق خدمات باز پخش فدرال با وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا به شماره 877-8339-800 (تماس بگیرند).

برای ثبت شکایت تبعیض در مورد این برنامه شکایت کننده باید فورمه AD-3027 را که فورمه شکایت تبعیض USDA (وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا) میباشد را از ادرس انترنتی زیر بدست آورده تکمیل

نماید. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-dari.pdf>

این فورمه را از هر دفتر USDA (وزارت زراعت ایالات متحده

آمریکا) با تماس به شماره 620-1071-833 یا نوشتن یک مکتوب به آدرس USDA (وزارت زراعت ایالات متحده آمریکا) میتوان بدست آورد. مکتوب باید حاوی اسم، آدرس، شماره تلفون شکایت کننده، و شرح کتبی از اقدام تبعیض آمیز با جزئیات کافی باشد تا به دستیار حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعای حقوق مدنی اطلاع دهد. فورمه تکمیل شده AD-3027 باید به آدرس زیر ارسال شود:

(۱) آدرس پستی:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; یا

(۲) شماره فکس:

یا 690-7442-(202) یا 256-1665-(833)

(۳) ایمیل یا آدرس انترنتی:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

این یک نهاد فراهم کننده فرصتهای مساوی میباشد.

در اینجا درخواست ارسال نکنید

Department of Health Services (بخش خدمات صحی) Wisconsin از قوانین مربوط به حقوق مدنی فدرال پیروی کرده و بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل نه می شود (از جمله حاملگی، هویت جنسی و گرایش جنسی). Department of Health Services (بخش خدمات صحی) مردم را محروم نمی کند یا به دلیل نژاد، رنگ، منشاء ملی، سن، معلولیت یا جنسیت با آنها رفتار متفاوت نه می کند.

Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره)

- معلولیت لرونکی کسانو ته وریا مرستی او خدمات وړاندې کوي، خو وکولای شي چې زموږ سره په ښه توګه اړیکه ونیسي، لکه:
 - د اشارې د ژبې لیاقت لرونکي ترجمانان.
 - په نورو ښو کي لیکل شوي معلومات (غټ چاپ، آډیو، د لاسرسي وړ الیکټرونیکي ښي، نوري ښي).
- هغه کسانو ته د ژبې وریا خدمات وړاندې کوي چې مورنی ژبه یې انګلیسي نه وي، لکه:
 - لیاقت لرونکي ترجمانان
 - په نورو ژبو کي لیکل شوي معلومات.

که تاسو دې خدماتو ته اړتیا لرئ، Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره) مدني حقونو د منظم سره په 844-201-6870 اړیکه ټینګه کړئ.

که تاسو فکر کوئ چې Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو اداره) تاسو ته په دې خدماتو وړاندې کولو کي ناکامه شوه یا ستاسو سره د توکم، رنگ، ملیت، عمر، معلولیت یا جنس پر اساس څه ډول تبعیض او توپیر وشو، نو دلته خپل رسمي شکایت ثبتولی شی: په خدمت کي د، روغتیایی خدماتو اداره: د مدني حقونو منظم،

Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 201 E. Washington Ave, Room E200B, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, فاکس: 608-267-1434، یا په دې ادرس برېښنالیک واستوئ dhsrcc@dhs.wisconsin.gov. تاسو په شخصي توګه، د پوستي، فاکس یا برېښنالیک له لارې رسمي شکایت وړاندې کولی شی. که تاسو په رسمي شکایت بشپړولو کي مرستی ته اړتیا لرئ، Department of Health Services (د روغتیایی خدماتو د ادارې د مدني حقونو منظم ستاسو سره د مرستی لپاره موجود دی.

همداراز، تاسو U.S. Department of Health and Human Services (د متحده ایالاتو د روغتیا او بشري خدماتو اداره) Office for Civil Rights (د مدني حقونو دفتر) سره هم په الیکټرونیکي توګه Office for Civil Rights (د مدني حقونو دفتر) د شکایت د پورتل له لارې په لاندې ادرس د مدني حقونو شکایت وړاندې کولی شی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، یا د برېښنالیک یا تلیفون له لارې په:

U.S. Department of Health and Human Services
Independence Avenue, SW 200
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(TDD) 800-537-7697, 800-368-1019

د شکایت فورمي په دې ادرس موجود دي <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deitsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kannsch du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p>Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊິນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>