ການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດໃນການໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ການຈ້າງງານ

Children and Families	Health Services	Workforce Development
DCF-F-156-E	F-00166	DETS-16707-E (R. 07/2016)

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບແບບຟອມນີ້ ກະລຸນາ ຕິດຕໍ່:

ຊື່ - ຜູ້ປະສານງານຝ່າຍໂອກາດເທົ່າທຽມກັນ	ໂທລະສັບ (Voice)	ໂທລະສັບ (TDD)
ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຮຽນ		ໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ (ເລກທີ່, ຖະໜົນ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ)		

ພື້ນຖານສຳລັບການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດໃນການໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ການຈ້າງງານ: ໃນການໃຫ້ບໍລິການ, ຫ້າມການເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຕໍ່ໄປນີ້: ອາຍຸ, ສີຜິວ, ຄວາມພິການ, ຊາດກຳເນີດ, ສາສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອ ຫຼື ສາຍສຳພັນທາງການເມືອງ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ສະຖານະຄອບຄົວ ຫຼື ພໍ່ແມ່, ເຊື້ອຊາດ, ເພດ, ເອກະລັກທາງເພດ, ລົດສະນິຍົມທາງເພດ, ການທົດສອບທາງກຳມະພັນ, ຫຼື ທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນຂອງລາຍຮັບຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອພາກລັດ, ການແກ້ແຄ້ນສຳລັບການຍື່ນການຮ້ອງຮຽນໃດໜຶ່ງ, ຫຼື ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເລື່ອງການຮ້ອງຮຽນ, ການຕໍ່ຕ້ານການເລືອກປະຕິບັດໃນໂຄງການ, ການບໍລິການ ຫຼື ກິດຈະກຳທີ່ດຳເນີນ ຫຼື ໄດ້ຮັບທຶນດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຫ້າມການເລືອກປະຕິບັດໃນການຈ້າງງານບົນພື້ນຖານດ້ານ: ອາຍຸ (ຫຼາຍກວ່າ 40 ປີ), ຊາດກຳເນີດ ຫຼື ບັນພະບຸລຸດ, ປະຫວັດການຖືກຈັບກຸມ, ປະຫວັດການຖືກຕັດສິນລົງโทດ, ສີຜິວ, ຄວາມເຊື່ອຖື ຫຼື ສາສະໜາ, ຄວາມພິການ ຫຼື ການຄົບຄ້າສະມາຄົມກັບຄົນພິການ, ການທົດສອບທາງກຳມະພັນ, ການທົດລອງຄວາມຊື່ສັດ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ການຖືພາ ຫຼື ການເກີດລູກ, ການປະຈຳການທາງທະຫານ, ເຊື້ອຊາດ, ເພດ, ລົດສະນິຍົມທາງເພດ, ການໃຊ້ ຫຼື ການບໍ່ໃຊ້ຜະລິດຕະພັນທີ່ຖືກກົດໝາຍຍູ່ນອກອາຄານສະຖານທີ່ຂອງນາຍຈ້າງໃນເວລາທີ່ບໍ່ແມ່ນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ. ລູກຈ້າງອາດຈະບໍ່ຖືກລ່ວງລະເມີດຍູ່ໃນສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ ຫຼື ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງ ຫຼື ຖືກແກ້ແຄ້ນເນື່ອງຈາກການຍື່ນການຮ້ອງຮຽນ, ການຊ່ວຍເຫຼືອເລື່ອງການຮ້ອງຮຽນ, ຫຼື ການຕໍ່ຕ້ານການເລືອກປະຕິບັດຍູ່ໃນສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ. ກົດໝາຍ Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws ຫ້າມບໍ່ໃຫ້ຜູ້ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການເງິນຈາກລັດຖະບານກາງ ເຮັດການເລືອກປະຕິບັດຕໍ່ກັບຜູ້ໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບເນື່ອງຈາກການປະຕິເສດ ຫຼື ການຕັນໃຈເຂົ້າຮ່ວມຂອງຜູ້ໃຫ້ການດູແລນັ້ນໃນຂົງເຂດການເຮັດໝັນ ຫຼື ການເອົາລູກອອກ ຫຼື ຂັດກັບ ຫຼື ສອດຄ່ອງກັບຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາ ຫຼື ການຕັດສິນຜິດຖືກຊົ່ວດີຂອງຜູ້ໃຫ້ການດູແລນັ້ນ. ການປົກປ້ອງເຫຼົ່ານີ້ນຳໃຊ້ກັບການຈ້າງງານ ແລະການໃຫ້ບໍລິການ; ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ບໍ່ແມ່ນທຸກພື້ນຖານທີ່ຖືກຫ້າມທັງໝົດຈະນຳໃຊ້ກັບທຸກໂຄງການ ແລະ/ຫຼື ກິດຈະກຳການຈ້າງງານ.

ຊື່ຂອງຫນ່ວຍງານ ແລະ/ຫຼື ລູກຈ້າງຫຼື ນາຍຈ້າງຜູ້ທີ່ຖືກຍື່ນການຮ້ອງຮຽນ.

ອະທິບາຍການກະທຳ ຫຼື ການປະຕິບັດຕໍ່ທີ່ຫ່ານຄິດວ່າແມ່ນການເລືອກປະຕິບັດ. ລວມເອົາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວ່າແມ່ນໃຜ, ແມ່ນຫຍັງ, ເວລາໃດ, ຢູ່ໃສ, ແນວໃດ, ຍ້ອນຫຍັງ, ແລະຊື່ຫ່ານ, ທີ່ຢູ່ ແລະເບີໂທລະສັບຂອງພະຍານຕ່າງໆ ຖ້າທ່ານຮູ້ ພວກເຂົາ. ກະລຸນາ ໃຫ້ຂໍ້ມູນສະເພາະເຈາະຈົງກ່ຽວກັບວັນທີ ເກີດເຫດການຄັ້ງລ້າສຸດ. ທ່ານອາດຈະຂຽນສິ່ງນີ້ໃນຫນ້າເຈ້ຍອື່ນກໍ່ໄດ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບ່ອນຫວ່າງເພີ່ມເຕີມ. ໃນບ່ອນຫວ່າງລຸ່ມນີ້, ກະລຸນາ ບອກວ່າມີຈັກຫນ້າເຈ້ຍທີ່ຕິດຄັດຕິ່ມອີກ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເພີ່ມຫນ້າເຈ້ຍ.

ລາຍລະອຽດຂອງການບັນເທົາທຸກແກ້ໄຂ ຫຼື ຄວາມພໍໃຈທີ່ທ່ານຕ້ອງການ:

ລາຍເຊັນ - ຜູ້ຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ຕົວແທນຜູ້ຮ້ອງຮຽນ	ວັນທີ ລົງລາຍເຊັນ

ຂໍ້ມູນລຸ່ມນີ້ຕ້ອງໄດ້ເຮັດສໍາເລັດໂດຍບຸກຄົນຢູ່ຫນ່ວຍງານທີ່ຮັບເອົາການ ຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ, ກວດເບິ່ງມັນ ແລະຕອບຄືນຫາທ່ານ.

ການຮ້ອງຮຽນບໍ່ເປັນທາງການ

ວັນທີໄດ້ຮັບ	ໄດ້ຮັບໂດຍ	ຕໍາແຫນ່ງ

ຫນ່ວຍງານ

ການກະທໍາ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ຈະຖືກສືບສວນ:

ຜົນການສືບສວນ (ຕ້ອງເຮັດສໍາເລັດພາຍໃນ 30 ວັນ):

ການດໍາເນີນການທີ່ໄດ້ເຮັດ:

ຕ້ອງການມີການດໍາເນີນການເພີ່ມເຕີມບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່
ຖ້າແມ່ນ, ແນະນໍາໃຫ້ມີການດໍາເນີນການຫຍັງ?

ອິທິພົນການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດໃນການຈ້າງງານ ຫຼື ການໃຫ້ບໍລິການ

ຄຳແນະນຳສຳລັບການເຮັດສັນຍາການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດໃນການຈ້າງງານ ຫຼື ການໃຫ້ບໍລິການ

ຖ້າທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານໄດ້ຖືກປະຕິບັດຕໍ່ຢ່າງແຕກຕ່າງຈາກຄົນອື່ນເນື່ອງຈາກ ອາຍຸ, ເຊື້ອຊາດ, ສາສະໜາ, ສີຜິວ, ເພດ, ຊາດກຳເນີດ ຫຼື ພັນພະບູລຸດ, ຄວາມພິການ ຫຼື ການຄົບຄ້າສະມາຄົມກັບຄົນພິການ, ປະຫວັດການຖືກຈັບກຸມ ຫຼື ຖືກຕັດສິນລົງโທດ, ລົດສະນິຍົມທາງເພດ, ສະຖານະການແຕ່ງງານ ຫຼື ການຖືພາ, ຄວາມເຊື່ອ ຫຼື ສາຍສຳພັນທາງການເມືອງ, ການເຂົ້າຮ່ວມກອງທັບ, ຫຼື ການໃຊ້ ຫຼື ບໍ່ໃຊ້ຜະລິດຕະພັນທີ່ຖືກກົດໝາຍຍູ່ນອກອາຄານສະຖານທີ່ຂອງນາຍจ້າງ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເວລາທີ່ບໍ່ແມ່ນຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງຮຽນໄດ້. ຖ້າທ່ານຖືກປະຕິເສດການບໍລິການຍ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຫຼື ຖ້າການປະຕິບັດຕໍ່ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແມ່ນແຍກຕ່າງຫາກ ຫຼື ແຕກຕ່າງຈາກຄົນອື່ນ, ຫຼື ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໂຄງການໄດ້, ມັນອາດຈະແມ່ນການເລືອກປະຕິບັດ.

ສຳຄັນ: ຖ້າການສະໝັກຂໍເອົາການບໍລິການຂອງທ່ານບໍ່ຖືກຮັບເອົາ ຫຼື ທ່ານຖືກແຈ້ງບອກວ່າທ່ານບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການສະເພາະໃດໜຶ່ງ, ແຕ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານມີສິດ, ຈົ່ງຂໍເອົາແຜ່ນພັບຂໍ້ມູນ (pamphlet) ນຳຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຊື່ອງອະທິບາຍວິທີຮ້ອງຂໍເອົາຂະບວນການອຸທອນຂັ້ນຫນ່ວຍງານທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ການທົບທວນໄຕ່ສວນດ້ານການບໍລິຫານຂັ້ນລັດ. ສິດທິຂອງທ່ານໃນການອຸທອນຄຳຕັດສິນ ຫຼື ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການໄຕ່ສວນດ້ານການບໍລິຫານຂັ້ນລັດ ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງກ່ຽວພັນກັບການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດ.

ທ່ານອາດຈະຍື່ນການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດແບບບໍ່ເປັນທາງການນຳນາຍจ້າງ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ, ຫຼື ທ່ານອາດຈະຍື່ນການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດແບບເປັນທາງການນຳໜ່ວຍງານຂັ້ນລັດ ຫຼື ລັດຖະບານກາງ. ການຮ້ອງຮຽນທີ່ກ່າວຫາວ່າມີການເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານດ້ານອາຍຸໃນບັນດາໂຄງການທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກ U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (USDA-FNS) ຕ້ອງຍື່ນໂດຍກົງນຳ USDA Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. ການຮ້ອງຮຽນບໍ່ຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ຫາ FNS Regional OCR ທີ່ເໝາະສົມພາຍໃນຫ້າ (5) ວັນເຮັດວຽກຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບມັນ. ບໍ່ມີໃຜອາດຈະຂົ່ມຂູ່ ຫຼື ລົບກວນທ່ານເນື່ອງຈາກການເຮັດການຮ້ອງຮຽນ. ບໍ່ມີໃຜອາດຈະຂົ່ມຂູ່ ຫຼື ລົບກວນພະຍານຂອງທ່ານເພາະວ່າພວກເຂົາເຕັມໃຈເວົ້າສິ່ງທີ່ພວກເຂົາເຫັນ, ໄດ້ຍິນ ຫຼື ພົບພໍ້. ການຮ້ອງຮຽນທີ່ຍື່ນຕາມ Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws ຕ້ອງຖືກຍື່ນໂດຍກົງນຳ HHS Office of Civil Rights.

ທຸກການຮ້ອງຮຽນທາງການທັງໝົດຕ້ອງຖືກຍື່ນພາຍໃນ 180 ວັນນັບຈາກເກີດເຫດການ ຫຼື ການປະຕິບັດຕໍ່ທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າເປັນການເລືອກປະຕິບັດ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ,

ທ່ານຄວນຍື່ນການຮ້ອງຮຽນໃນທັນທີທີ່ເຮັດໄດ້ຫຼັງຈາກເກີດການກະທຳດັ່ງກ່າວ. ຖ້າທ່ານຍື່ນການຮ້ອງຮຽນບໍ່ເປັນທາງການ ແລະທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການແກ້ໄຂບັນຫານັ້ນ, ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນການຮ້ອງຮຽນເປັນທາງການໄດ້ ຕາບໃດທີ່ທ່ານເຮັດການຍື່ນພາຍໃນຂອບເຂດເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້. ຢ່າລໍຖ້າຈົນກາຍກຳນົດການຍື່ນເພື່ອເອົາຕອບຕໍ່ກັບການຮ້ອງຮຽນບໍ່ເປັນທາງການ ຖ້າທ່ານວາງແຜນຈະເຮັດການຮ້ອງຮຽນທາງການ.

ເພື່ອຍື່ນການຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດແບບບໍ່ເປັນທາງການນຳຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼືນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ, ຈົ່ງຂໍເອົາແບບຟອມຮ້ອງຮຽນເລື່ອງການເລືອກປະຕິບັດ ໂດຍການໂທຫາ Equal Opportunity Coordinator ທີ່ _____ ຫຼື TDD _____.

ສົ່ງແບບຟອມທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວກັບຄືນຫາEqual Opportunity Coordinator ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. ຊື່ຂອງຜູ້ປະສານງານນັ້ນຄວນມີຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນການຮ້ອງຮຽນການເລືອກປະຕິບັດແບບເປັນທາງການ, ທ່ານອາດຈະສົ່ງແບບຟອມຮ້ອງຮຽນທີ່ປະກອບສຳເລັດແລ້ວໂດຍກົງຫາຫນ່ວຍງານຂັ້ນລັດຫຼືລັດຖະບານກາງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທີ່ມີຊື່ໃນຫນ້າເຈ້ຍຕໍ່ໄປນີ້. ລວມເອົາຈົດຫມາຍທີ່ລະບຸວ່າທ່ານກຳລັງເຮັດການຮ້ອງຮຽນທາງການຫາຫນ່ວຍງານຂອງເຂົາເຈົ້າໃນຖານະເປັນແຫຼ່ງໃຫ້ທຶນ. ພະນັກງານຂອງຫນ່ວຍງານຂັ້ນລັດ ຫຼື ລັດຖະບານກາງຈະສະຫນອງຜົນການສືບສວນໃຫ້ແກ່ທ່ານພາຍໃນ 90 ວັນ.

ຍື່ນການຮ້ອງຮຽນທາງການເວື່ອງການເລືອກປະຕິບັດກ່ຽວກັບການບໍ່ລິການນໍາໜ່ວຍງານ ຂັ້ນລັດທີ່ມີລາຍຊື່ລຸ່ມນີ້.

ໂຄງການ	ໜ່ວຍງານຂັ້ນລັດ
Wisconsin (WI) Works (W-2), (W-2) Transitions, Temporary Assistance to Needy Families (TANF), Brighter Futures Initiative, Child Support, Early Care and Education, Head Start, Child Care and Day Care Certification Programs, Child Welfare, Milwaukee Child Welfare and Integration Programs, Emergency Assistance, Families and Economic Security, Community Service Jobs, Job Access Loans, Adoption and Foster Care Programs, Safety and Permanence Programs (Out-of-Home Care, Safety and Well Being, Program Integrity), Child Placement Services, Child Abuse and Neglect, Protective Services, Kinship Care, Domestic Abuse/Domestic Violence Programs, ແລະ ໂຄງການອື່ນງານທີ່ບໍລິຫານໂດຍ WI Department of Children and Families. Refugee and Immigrant Services (Social Services, Older Refugee, Family Strengthening, Health Services, Preventative Health Services, Mental Health, Refugee Cash and Medical Assistance)	**WI Department of Children and Families** 201 E. Washington Ave, Second Floor P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 608-266-5335 (ສຽງ) 800-864-4585 (TTY)
Medical Assistance Services, Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare (formerly Food Stamps Program in Wisconsin), TEFAP, SeniorCare, Community Aid, Long Term Care, Mental Health and Substance Abuse, Services to the Deaf and Hard of Hearing, Blind and Visually Impaired and Persons with Disabilities, Family Care, Public Health Services, Community Health Center Programs, WIC (Women, Infants and Children), ແລະ ໂຄງການ ອື່ນງານທີ່ບໍລິຫານໂດຍ WI Department of Health Services	**WI Department of Health Services** Civil Rights Compliance Attn: Attorney Pamela McGillivray 1 West Wilson Street, Room 651 P.O. Box 7850 Madison, WI 53707-7850 608-266-1258 (ສຽງ) 608-267-1434 (ແຟັກ) 800-947-3529 (TTY) ຫຼື Wisconsin Relay 711 Email: DHSCRC@dhs.wisconsin.gov
Wisconsin Workforce Investment Act, ແລະ ໂຄງການອື່ນງານທີ່ບໍລິຫານໂດຍ Wisconsin Department of Workforce Development.	**WI Department of Workforce Development** ATTN: Equal Opportunity Officer 201 E. Washington Ave, Room G100 P.O. Box 7972 Madison, WI 53707-7972 608-266-6889 (ສຽງ); 866-275-1165 (TDD)
ການຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບວິກຂອງ ຂັ້ດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບທຶນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະວິກທີ່ດ ລວມ. ທຸກເງື່ອນໄຂການຈ້າງງານເປັນລູກຈ້າງຂອງ DCF, DHS ແລະ/ຫຼືນິຕິບຸກ ຄົນທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກ DWD ແລະຜູ້ຮັບເໝົາຍ່ອຍຂອງເຂົາເຈົ້າ.	**Equal Rights Office** P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 608-266-6860 (ສຽງ) 608-264-8752 (TDD) **Equal Rights Office** 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 414-227-4384 (ສຽງ); 414-227-4081 (TDD)

	U.S. Equal Employment Opportunity Commission Reuss Federal Plaza 310 West Wisconsin Ave., Suite 800 Milwaukee, WI 53203-2292 800-669-4000 (ສຽງ) 414-297-4133 (ແຟັກ); 800-669-6820 (TTY) **Milwaukee District Office** U.S. Department of Labor, OFCCP Federal Building 310 West Wisconsin Avenue, Suite 1115 Milwaukee, WI 53203 414-297-3821 (ສຽງ); 414-297-4038 (ແຟັກ)

ນຮກນ້ ້ນ ທ່ານຍ້ງມ ີສ ິດຍ ື່ ນການຮ້ ຮງຮບົນທາງການນ ຳຫນ່ວຍງານລ້ ດຖະບານກາງທ ີ່ ມ ີ ຊ ື່ ລ ຸ ່ມນ ີ້ ້.

ໂຄງການ	ຫນ່ວຍງານລ້ ດຖະບານກາງ
ການຮ້ ຮງຮບົນທາງການເລ ື່ ຮງການເລ ືຮກປະຕ ິບ້ ດກ່ ບົວ ກ້ ບທ ຸ ກງການບ ໍ ລ ິການຂ້ າງເທ ິງທ ີ່ ບ ໍ ລ ິຫານໂດຍ Wisconsin Department of Health Services. ການຮ້ ຮງຮບົນທາງການເລ ື່ ຮງການເລ ືຮກປະຕ ິບ້ ດທ ີ່ ຍ ື່ ນຕາມ Federal Health Care Providers Conscience Protection Law.	**Office for Civil Rights** **U.S. Department of Health and Human Services** 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019 (ສບົງ, ໂທຟຣ ີ) 800-537-7697 (TDD ໂທຟຣ ີ) **U.S. Dept. of Health and Human Services** **Office for Civil Rights – Region V** 233 N. Michigan Ave., Suite 240 Chicago, IL 60601 800-368-1019 (ສບົງ, ໂທຟຣ ີ) 312-886-1807 (ແຟ້ ກ) 800-537-7697 (TDD, ໂທຟຣ ີ)
ການຮ້ ຮງຮບົນທາງການເລ ື່ ຮງການເລ ືຮກປະຕ ິບ້ ດກ່ ບົວ ກ້ ບທ ຸ ກງໂຄງການທ ີ່ ໄດ້ ຮ້ ບທ ືນຊ ່ວຍເຫ ຼ ືຮຈາກ ລ້ ດຖະບານກາງ.	**Coordination and Review Section - NWB** **Civil Rights Division** **U.S. Department of Justice** 950 Pennsylvania Avenue, NW Washington, D.C. 20530 888-848-5306 - English and Spanish (ພາສາຮ້ ງກ ິດ ແລະ ສະເປນ) 202-307-2222 (ສບົງ) 202-307-2678 (TDD) **ສາຍດ ່ວນ Title VI:** 1-888-TITLE-06 (1-888-848-5306) (ສບົງ / TDD) **ການຮ້ ຮງຮບົນເລ ື່ ຮງຄວາມ ພ ິການ:**

	U.S. Department of Justice **Civil Rights Division** 950 Pennsylvania Avenue, NW Disability Rights Section - NYAV Washington, DC 20530 800-514-0301 (ສບົງ) 800-514-0383 (TTY) (ເປັນພາສາສະເປນນຳຫຶກ)
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຕາມໂຄງການສິດທິພົນລະເມືອງກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດນຳກະຊວງ USDA ສຳລັບ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (ເມື່ອກ່ອນເອີ້ນວ່າ Food Stamp Program ຢູ່ລະດັບລັດຖະບານກາງ) FoodShare (ເມື່ອກ່ອນເອີ້ນວ່າ Food Stamps ໃນລັດ Wisconsin), WIC, TEFAP ແລະ Food Stamp Employment and Training (FSET) Program **ຈົ່ງເຮັດສຳເລັດ USDA Program Discrimination Complaint** ທາງອອນລາຍນ້ທີ່: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ຫຼືຢູ່ຫ້ອງການ USDA ທຸກແຫ່ງ, ຫຼືໂທຫາ 866-623-9992 ເພື່ອຂໍເອົາແບບຟອມ.	USDA Director, Office of Adjudication 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 866-632-9992 (ຂໍເອົາແບບຟອມ) ອີເມວ: program.intake@usda.gov 800-877-8339 (Federal Relay Services) 800-845-6136 (ພາສາສະເປນ)