နောက်ဆက်တွဲ F
အလုပ်ခန့်အပ်မှု နှင့် ဝန်ဆောင်မှုကို ပေးရာတွင် အခွင့်အရေး တူညီရေး
အမေရိကန် ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေး နှင့် လူအင်အား ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန
ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများကို ငွေကြေးထောက်ပံ့ရေး အစီအစဉ်များ ဌာန
ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းများ နှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုကို စီမံပေးကြသူများ

_____ (Recipient's Name Here) သည် အခွင့်အရေး တူညီသည့် လုပ်ငန်းရှင် နှင့် စီမံပေးသူ တစ်ဦးဖြစ်သည်။ အကယ်၍ သင်သည် ဤစာတမ်းကို အခြား ပုံစံ တစ်ခုခုဖြင့် ဖတ်ရှုလို၍ အထူး အကူအညီလိုအပ်သည် သို့မဟုတ် ကို အခြား ဘာသာစကားဖြင့် ပြန်ဆိုပေးစေလိုသည် ဆိုလျှင်၊ ကျေးဇူးပြုပြီး _____ (အသံဖြင့်) ကို ဖုန်းဆက်ပါ သို့မဟုတ် သင်သည် နားလေးသည် နှင့်/သို့မဟုတ် နားကြားမှု ပြဿနာ ရှိလျှင်၊ ကျွန်ုပ်တို့ကို Wisconsin ရီလေး ဌာနမှာ 711 သို့မဟုတ် _____ (TTY/TDD) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။

ဤအဖွဲ့အစည်းမှာ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇာတိနိုင်ငံ၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်၊ လိင်၊ ကျား/မ သတ်မှတ်ချက်၊ လိင် စိတ်ဩဇာတ်ချက် သို့မဟုတ် ဘာသာရေးတို့ကို အကြောင်းပြုပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခွင့် မရှိပါ။ ဖက်ဒရယ် ကျန်းမာရေး စီမံပေးသူ၏ ယုံကြည်မှုကို ကာကွယ်ပေးရေး ဥပဒေ (Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws) သည် HHS ဖက်ဒရယ် ဘဏ္ဍာငွေ ထောက်ပံ့မှု အချို့ကို ရယူကြသူတို့ အနေနှင့် စီမံပေးသူ၏ ယုံကြည်ချက်များ သို့မဟုတ် စိတ်ဓါတ်ရေး ခံယူချက်များနှင့် ဆန့်ကျင်နေ၍ သို့မဟုတ် ကိုက်ညီနေ၍ သားကြောဖြတ်မှု သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဖျက်မှု ထဲတွင် ပါဝင်ရန်ကို ငြင်းဆိုခြင်း သို့မဟုတ် သဘောတူခြင်းဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမျိုး မရှိရလေအောင် တားမြစ် ထားပါသည်။ ယင်းတားမြစ်ချက်များမှာ အလုပ်ခန့်ခြင်း နှင့် ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးခြင်းတို့နှင့် သက်ဆိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ တစ်ယောက်ယောက်က သို့မဟုတ် ဤအဖွဲ့အစည်းက ခုခံကာကွယ်ထားသည့် အချက်ကို ဆန့်ကျင်ပြီး သင့်အား ခွဲခြားဆက်ဆံခဲ့သည့်ဟု သင်က ခံစားရလျှင်၊ သင်သည် _____ (Name of the Entity) အပေါ် အလွတ်သဘော ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှု တိုင်ကြားချက်ကို၊ အခွင့်အရေး တူညီမှု ညှိနှိုင်းရေး အရာရှိထံသို့ လျှောက်တင်နိုင်ပါသည်။

အခွင့်အရေးများ တန်းတူရေး သက်ဆိုင်ရာ စည်းကမ်းများ၊ စည်းမျဉ်းများ နှင့် လမ်းညွှန်ချက်များနှင့် စပ်လျဉ်း၍ တိုင်ကြားရေးထဲမှာ ကူညီပေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့သည် Mr./Ms. _____၊ (တယ်လီဖုန်း၊ _____)ကို အခွင့်အရေး တူညီမှု ညှိနှိုင်းရေး အရာရှိ အဖြစ် ခန့်အပ်ထားပါသည်။ အလုပ်ခန့်ရာမှာ သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုကို ပေးရာမှာ ခွဲခြားဆက်ဆံ ခံခဲ့ရသည်ဟု သင့်အနေနှင့် ခံစားနေရလျှင်၊ ၄င်းနှင့် ဆွေးနွေးရန် သင့်ကို တိုက်တွန်းလိုပါသည်။

သင်သည် ခွဲခြားဆက်ဆံ ခံရမှု တရားဝင် တိုင်ကြားချက်ကိုပါ ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများ ဌာန (Department of Health Services - DHS) ထံသို့ ပို့ပေးနိုင်ပါသည်။ HHS သို့မဟုတ် USDA မှ ထောက်ပံ့မှုများ ပေးထားသည့် ဝန်ဆောင်မှုများ နှင့် ခံစားခွင့်များကို ရရှိနေသည့် သုံးစွဲသူ မည်သူမဆို Wisconsin DHS, Office of Affirmative Action နှင့် Civil Rights Compliance (AA/CRC) နှင့် ဆက်သွယ်ကာ လူရပိုင်ခွင့်များဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်ကို တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ တိုင်ကြားချက်ကို တင်သွင်းလျက် ရေးပို့ရမည်မှာ၊

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 (အသံဖြင့်)၊ 608-267-1434 (ဖါက်စ်)
711 သို့မဟုတ် 1-800-947-3529 (TTY)
DHSCRC@dhs.wisconsin.gov

စာဖြင့် ရေးထားသည့် တိုင်ကြားချက်ကို မည်သူမဆို Office of Civil Rights ထံသို့ တင်သွင်းနိုင်သည်။ သင့်အနေနှင့် Civil Rights Discrimination Complaint Form Package အသုံးပြုရန် အကြံပေးပါရစေ။ သင်သည် ဤပုံစံ၏ နောက်မိတ္တူတစ်ခုကိုလိုအပ်လျှင် OCR regional office မှ တောင်းယူနိုင်သည်။ သင်သည် တိုင်ကြားချက်ကို ရေးဖြည့်ရာမှာ အကူအညီလိုသည် သို့မဟုတ် တိုင်ကြားချက် သို့မဟုတ် သဘောတူညီကြောင်း ပုံစံများနှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးလိုလျှင်၊ ကျေးဇူးပြုပြီး OCR ကိုOCRMail@hhs.gov မှာ ဆက်သွယ်ပါ။

သို့မဟုတ်

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) ထံမှ ဖက်ဒရယ် ဘဏ္ဍာငွေများကို ရရှိနေသော မည်သည့် အစီအစဉ်နှင့်မဆို ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှု တိုင်ကြားချက်ကို ရေးတင်ရန် အတွက်၊ ရေးပို့ရမည်မှာ၊

HHS Director, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.,
Room 509-F, HHH Building
Washington, D.C. 20301 သို့မဟုတ်
အခမဲ့ ဖုန်း 800-368-1019 သို့မဟုတ် 800-537-7697 (TDD) ကို ဆက်ပါ

တိုင်ကြားချက်များကို အောက်ပါသို့ လိပ်တတ် ပို့ပေးရ ရနိုင်သေးသည်၊

HHS Office for Civil Rights-Region V
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
အခမဲ့ ဖုန်း 800-368-1019
800-537-7697 (TDD)
312-886-1807 (Fax)

ဖက်ဒရယ် ကျန်းမာရေး စီမံပေးသူ၏ ယုံကြည်မှုကို ကာကွယ်ပေးရေး ဥပဒေဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များကို ဖက်ဒရယ် အဆင့်ရှိ လူရေပိုင်ခွင့်များ (OCR) ဆိုင်ရာ HHS ရုံးသို့ တင်သွင်းရမည်။

သင့်အား http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/complaints/discrimhowtofile.pdf ရှိ ဖက်ဒရယ် ဝက်ဘ်ဆိုက်မှာ ရှာတွေ့နိုင်သည့် လူရေပိုင်ခွင့်များ ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှု တိုင်ကြားချက် ပုံစံ အထုပ် (Civil Rights Discrimination Complaint Form Package) ကို အသုံးပြုရန် အကြံပေးပါရစေ။ ထို့အပြင်၊ သင်သည် တိုင်ကြားချက်ကို စာတိုက်၊ ဖါက်စ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့်လည်း ပို့ပေးနိုင်ပါသည်။ သင်သည် တိုင်ကြားချက်ကို ရေးဖြည့်ရာတွင် အကူအညီ လိုလျှင် OCRMail@hhs.gov မှာ HHS OCR ထံ အီးမေးလ် ပို့ပါ။

နောက်ထပ် သိရှိလိုလျှင်၊ ဆက်သွယ်ရန်၊

Director, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW - Room 506-F
Washington, D.C. 20201
အခမဲ့ ဖုန်း 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
Email: OCRMail@hhs.gov
Website: http://www.hhs.gov/ocr

_____ (Name of Entity)၊ DHS၊ နှင့် HHS တို့သည် အခွင့်အရေး တူညီသည့် လုပ်ငန်းရှင် နှင့် စီမံပေးသူများ ဖြစ်ကြသည်။