

ແຈ້ງການຫ້າມການເລືອກປະຕິບັດ: ການເລືອກປະຕິບັດແມ່ນຜິດກົດໝາຍ

ໂຄງການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ

(Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law Health Care-Related Programs)

Wisconsin Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ) ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ໄດ້ເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານຂອງເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ (ລວມທັງ ການຖືພາ, ການລະບຸເພດ ແລະ ລິດຊະນິຍົມທາງເພດ), ຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນຕໍ່ການເຄື່ອນໄຫວກົດຈະກຳດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້. Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ) ບໍ່ຍົກເວັ້ນຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ ພວກເຂົາແຕກຕ່າງຈາກຄົນອື່ນເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ.

Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ):

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການພຣິແກ້ຄົນພິການເພື່ອສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບເຊັ່ນ:
 - ລ່າມແປພາສາມື້ທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
 - ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນຢູ່ໃນຮູບແບບອື່ນ (ສິ່ງພິມຂະໜາດໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບທາງອີເລັກໂທຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)
- ໃຫ້ການບໍລິການພາສາພຣິແກ້ຄົນທີ່ໃຊ້ພາສາຕົ້ນຕໍບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ:
 - ລ່າມແປພາສາທີ່ມີຄຸນວຸດທິ
 - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ) ທີ່ເບີ (844-201-6870).

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ Department of Health Services (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ) ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ໄດ້ເລືອກປະຕິບັດຢູ່ໃນວິທີທາງອື່ນ ບົນພື້ນຖານເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ (ລວມເຖິງລັກສະນະທາງເພດ ແລະ ທັດສະນະທາງເພດ), ຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາ, ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຄວາມເຊື່ອທາງການເມືອງ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນຕໍ່ການເຄື່ອນໄຫວກົດຈະກຳດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກ່ອນໜ້ານີ້, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົວເອງ ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີ, ທາງແຟັກ ຫຼື ທາງອີເມວໄດ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ, ຜູ້ປະສານສິດທິພົນລະເມືອງຂອງ Department of Health Services (ຜອດໂທລຄາຮ້ອງທຸກຂອງຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ) ພ້ອມໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກທາງດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກັບ U.S. Department of Health and Human Services (ກະຊວງການບໍລິການມະນຸດ ແລະ ສຸຂະພາບ), Office for Civil Rights (ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ), ໂດຍທາງອີເລັກໂທຣນິກແມ່ນຜ່ານ Office for Civil Rights Complaint Portal (ກະຊວງບໍລິການສຸຂະພາບ), ມີໃຫ້ຢູ່ທີ່ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ໂທລະສັບທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກແມ່ນມີໃຫ້ຢູ່ທີ່ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.