

**ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄ ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ**

Եթե կարծում եք, որ Ձեր նկատմամբ խտրականություն է ցուցաբերվել, Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Թե որտեղ եք ներկայացնելու Ձեր բողոքը, կախված է նրանից, թե ինչ տեսակի բողոք ունեք:

**Ձեր վարչաշրջանի կողմից ղեկավարվող բողոք ծրագրերի համար.**

Դիմեք Ձեր վարչաշրջանին և հարցրեք իրենց Զարգացողական իրավունքների ներկայացուցչի անունը, հասցեն և հեռախոսահամարը: Վարչաշրջանը, ոչ թե նահանգային գործակալությունը, կհետաքննի/կսի Ձեր բողոքը:

**Covered California-ի համար.**

Civil Rights Coordinator Covered California  
PO Box 989725  
West Sacramento, CA 95789  
(916) 228-8764  
[CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

**Medi-Cal և Medi-Cal Dental ծրագրի համար.**

Դուք կարող եք կապվել վարչաշրջանի Զարգացողական իրավունքների ներկայացուցչի, նահանգի Առողջապահության Ծառայության Բաժնի կամ դաշնային Առողջապահության և Հումանիտար Ծառայությունների Բաժնի հետ:

Department of Health Care Services,  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
(916) 440-7370 կամ 711 (Կալիֆոնիայի ռեյտի ծառայություն)  
[CivilRights@dhs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhs.ca.gov)

**Այս գործընկերում նշված բոլոր այլ նահանգային ծրագրերի համար.**

Civil Rights Unit  
California Department of Social Services  
P.O. Box 944243, M/S 9-7-41  
Sacramento, CA 94244-2430  
(866) 741-6241 (անվճար)  
(916) 651-0602 (ֆաքս)  
[crb@dss.ca.gov](mailto:crb@dss.ca.gov)

**Դաշնային գործակալությանը CalFresh բողոք ներկայացնելու համար.**

United States Department of Agriculture Director,  
Office of Adjudication  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
(866) 632-9992 (անվճար) կամ (202) 260-1026  
(800) 877-8339 (ստորագրության խնդիր ունեցողների համար)  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Դաշնային գործակալությանը բողոք ներկայացնելու համար.**

Միայն ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, հաշմանդամության, տարիքի կամ սեռի վրա հիմնված խտրականությունների համար՝

Centralized Case Management Operation  
United States Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F HHH Building.  
Washington DC 20201  
Բողոքն առցանց ներկայացնելու համար՝  
[US Health & Human services Rights Complaint Portal](https://www.hhs.gov/health-care/complaint-portal/)

(800) 368-1019 (անվճար)  
(800) 537-7697 (ստորագրության/խոսքի խնդիրներ ունեցողների համար)

**խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու ժամկետը.**

Դուք պետք է խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնեք Ձեր նկատմամբ խտրականության ենթարկվելու օրվանից 180 օրվա ընթացքում:

Եթե խտրականությունն ազդել է նաև Ձեր նպաստների մակարդակի և ծառայությունների վրա, կարող եք լսում խնդրել:

Դատավորները չեն կարող որոշումներ կայացնել խտրականության բողոքի վերաբերյալ լսումների ժամանակ:

*խտրականության հետաքննությունը չի կարող փոխել Ձեր նպաստների կամ ծառայության մակարդակը: Միայն նահանգային լսումը կարող է դա անել: Գործակալություններին արգելված է վրեժ լուծել Ձեր դեմ, եթե Դուք լսում եք պահանջում կամ խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնում:*

**ԱՅՍ ԳՐԵՈՒՅԿՈՒՄ ՆԵՐԱՌՎԱԾ ԾՐԱԳՐԵՐԸ**

- Որդեգրման աջակցության ծրագիր (AAP)
- Այկոհոլի և թմրանյութերի ծրագիր
- Կալիֆոռնիայի Մևնի աջակցության ծրագիր (CFAP)
- CalWORKs
- Ներգաղթյալների կանխիկ աջակցության ծրագիր (CAPI)
- CalFresh (Մևնի կտրոններ)
- Երեխաների առողջության ապահովագրության ծրագիր (CHIP)
- Covered California-ի իրավունակություն
- Խնամատարություն/Երեխայի բարեկեցության ծրագրեր
- Բնակարանային ծրագրեր՝ վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններ վարչության միջոցով
- Տնային աջակցության ծառայություններ
- Ազգակցական խնամակալության աջակցություն (KinGAP)
- Medi-Cal – Medi-Cal Dental ծրագիր
- Փախստականների դրամական աջակցություն
- Ռեսուրսային ընտանիքի հաստատումներ (RFA)
- Հաստատված բարեկամ խնամատարի ֆինանսավորման ընտրանքային ծրագիր (ARC)
- Ծառայողական կենդանու նպաստ



State of California  
(Կալիֆորնիայի նահանգ)  
Health & Human Services Agency  
(Առողջապահության և Հումանիտար Ծառայությունների գործակալություն)  
Department of Social Services  
(Սոցիալական Ծառայությունների Բաժին)

Այս գործընկեր հասանելի է Ձեր տեղական վարչաշրջանի բարեկեցության գրասենյակում և [CDSS website](https://www.cdss.ca.gov/) հետևյալ լեզուներով

- Արաբերեն
- Հայերեն
- Կամբոջերեն
- Չինարեն
- Ֆարսի
- Հնդկ
- Ճապոներեն
- Կորեերեն
- Լաո
- Միեն
- Պորտուգալերեն
- Փոլնոցարի
- Ռուսերեն
- Իսպաներեն
- Տագալոգ
- Ուկրաիներեն
- Վիետնամերեն

Հասանելի է նաև խոշոր տառաչափով, Բրայլյան և աուդիո ձևաչափով՝ անվճար:

Այս գրառումը բացատրում է Ձեր հավասար իրավունքների և ծառայությունների մասին, ինչպես լեզվական աջակցություն խնդրել կամ ողջամիտ հարմարություններ հաշմանդամության դեպքում և ինչպես խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնել:

**ՁԵՐ**

**ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ**

**ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱՅԻ ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՆԵՐՔՈ ԾՐԱԳՐԵՐ**



..... Կալիֆորնիայում հանրային աջակցության համար դիմած կամ դրանք ստացող մարդկանց համար

Տեղեկացրեք մեզ, եթե Ձեզ հաշմանդամության պատճառով օգնություն է հարկավոր

Անվճար թարգմանիչ խնդրեք

Հանրային նպաստների գործակալությունները ենթարկվում են դաշնային և նահանգային օրենքի և չպետք է խտրականություն դրսևորեն, բացառել կամ ուրիշներին տրամադրվածից տարբեր օգնություն, նպաստներ կամ այլ ծառայություններ տրամադրեն:

#### ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Հանրային աջակցություն տրամադրող բոլոր անձինք և կազմակերպությունները պետք է հարգեն Ձեր իրավունքները։ Նրանք կարող են օգնել Ձեզ հասկանալ և դիմել նպաստների և ծառայությունների համար։

**Դուք անվճար թարգմանչի իրավունք ունեք։**

- آنجام يروف مجرتم ىلع لوصح ال اقل ق ح ي
- Դուք անվճար թարգմանչի իրավունք ունեք։
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលអ្នកបកប្រែភាសាខ្មែរដោយឥតគិត
- 您有權免費獲得口譯員
- شما حق دسترسى به يك مترجم (ترجمان) رایگان را دارید
- Koj muaj txoj cai kom tus neeg txhais lus tsis raug them nqi
- あなたには無料の通訳をもらう権利があります
- 귀하는 통역사를 무료로 이용할 권리가 있습니다
- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບບາງອາກາສາໂດຍບໍ່ຄ່າອາຄ່າ
- mula sa nakasulat na ingles hanggang sa nakasulat
- Você tem direito a um intérprete, gratuitamente
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੁਆਰੀਏ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਮੁਫਤ
- Вы имеете право на бесплатные услуги переводчика
- Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete
- May karapatan ka sa isang tagasalin, nang walang bayad
- Ви маете право на перекладача безкоштовно
- Quý vị có quyền có được một thông dịch viên miễn phí.

Ձեր նպաստների և ծառայությունների համար պատասխանատու գործակալությունից լեզվական աջակցություն խնդրեք։

#### ԴՈՒՔ ԻՐԱՎՈՒՆՔ ՈՒՆԵՔ.

- Հասկանալ, թե ինչ է տեղի ունենում Ձեր դիմումի կամ նպաստների հետ։
- Գրավոր կամ բանավոր բացատրություններ ստանալ Ձեր դիմումի կամ նպաստների մասին։ Դուք այս տեղեկատվության անվճար թարգմանությունը ստանալու իրավունք ունեք։ Ձեր նպաստների/ծառայությունների համար պատասխանատու գործակալությանը հարցրեք լեզվական աջակցության մասին։
- Եթե նահանգային գործակալությունը բացատրությունն ունի ոչ-անգլերեն լեզվով, Դուք իրավունք ունեք այս տեղեկատվությունը ստանալ այդ լեզուներով։
- Ստանալ ստացական անձամբ ներկայացված փաստաթղթերի համար։

- Տեսնել Ձեր գործի գրառումները։
- Տեսնել մեր ծրագրերի մասին օրենքներն ու կանոնակարգերը։
- Խնդրել դատավորին վերանայել Ձեր իրավասության, նպաստների կամ ծառայությունների վերաբերյալ գործակալության ցանկացած գործողություն։
- Չեղթարկվել խտրականության, երբ ստանում կամ դիմում եք ծրագրային նպաստների կամ ծառայությունների համար։
- Բողոք ներկայացնել խտրականության վերաբերյալ։
- Ստանալ «որջամիտ հարմարություններ», եթե հաշմանդամություն ունեք։ Սա Ձեզ համար հատուկ օգնություն է՝ այս ծրագիրը Ձեզ համար հասանելի դարձնելու և դրան մասնակցելու համար։
- Գաղտնի պահել Ձեր տեղեկությունները։
- Արժանանալ քաղաքավարի և հարգալից վերաբերմունքի։

#### ԵԹԵ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՔ ՁԵՐ ՆԴԱՍՆԵՐԻ ԿԱՄ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԵՏ ԿԱՊԿԱԾ.

Գրառումներ պահեք. Ձեր բոլոր տեղեկությունների, փաստաթղթերի և գործակալությունների կոնտակտների վերաբերյալ։

Ստացեք անողորագիր. երբ ինչ-որ բան եք ներկայացնում։

Որևէ մեկին բերեք Ձեզ հետ. հանդիպումների/այցելելության ժամանակ։

**Բողոքարկեք.** Այդ անելու համակ կա 4 եղանակ՝

**1. *Ոչ ֆորմալ.*** Խնդրեք կապվել և գրուցել դեկավար անձի հետ՝ քննարկելու աշխատակցի հետ ունեցած խնդիրները և վերանայել Ձեր նպաստների և ծառայությունների վերաբերյալ կանոններն ու առաջարկվող գործողությունները։

**2. *Նահանգային լսում.*** Նահանգային լսում խնդրեք, եթե համաձայն չեք գործակալության գործողության կամ դրա բացակայության հետ՝ Ձեր նպաստների կամ ծառայությունների վերաբերյալ։ Դուք պետք է լսում խնդրեք Ձեր նպաստների կամ ծառայությունների վերաբերյալ գործակալության ծանուցման օրվանից 90 օրվա ընթացքում։ Եթե լսում եք խնդրում 90 օր հետո, դատավորը կորոշի, թե արդյոք Դուք բավարար պատճառ ունեք ուշ խնդրելու համար, օրինակ՝ հիվանդություն կամ հաշմանդամություն։

**3. *Խտրականության մասին բողոք.*** Տե՛ս Խտրականության մասին բողոքի բաժինը։ Դուք կարող եք տարբեր իրավունքներ ունենալ՝ նահանգային կամ դաշնային գործակալություններին բողոք ներկայացնելու համար։

**4. *Բողոք.*** Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել գործակալությանը, եթե այն բողոքարկման գործընթաց ունի։

***Սա չի պաշտպանում Ձեր նպաստներն այնպես, ինչպես դա անում է նահանգային լսումը։***

#### ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ ԼՍՈՒՄՆԵՐ

Դուք կարող եք նաև նահանգային լսում խնդրել, եթե գործակալությունը Ձեզ չի տալիս նպաստներ կամ ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք։ Տե՛ս **PUB 412** -ը՝ Նահանգային լսման մասին տեղեկատվության համար։

***Նշում՝ Եթե Ձեր խնդիրը կապված է General Assistance-ի կամ General Relief-ի հետ,*** ապա Դուք պետք է դիմեք վարչաշրջանին՝ վարչաշրջանի լսում խնդրելու համար։

#### ***Եթե խնդիր ունեք Սոցիալական ապահովության***

Նպաստների հետ, Դուք պետք է կապվեք Սոցիալական ապահովության վարչության հետ՝ լսում խնդրելու համար։

#### ԽՆԴՐԵԼ ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ ԼՍՈՒՄ

Դուք կարող եք նահանգային լսում խնդրել՝ առցանց, հեռախոսով, ֆաքսով, Էլեկտրոնային փոստով և փոստով։

Առցանց՝ **ACMS.dss.ca.gov** - Դուք կարող եք հաշիվ ստեղծել՝ Ձեր բողոքարկման մասին բոլոր տեղեկություններն առցանց ստանալու համար, կամ կարող եք առցանց խնդրանք ներկայացնել առանց հաշիվ ունենալու։

Հեռախոս՝ 1-800-743-8525
Էլ.հասցե՝ **SHDCSU@dss.ca.gov**
Ֆաքսի համար՝833-281-0905
State Hearings Division
PO Box 944243, MS 21-37
Sacramento, CA 94244-2430

### ԱՐԱԳԱՑՎԱԾ ԼՍՈՒՄՆԵՐ

Եթե որևէ հրատապ խնդիր ունեք, կարող եք «արագացված» լսում խնդրել, որպեսզի լսումն ավելի շուտ տեղի ունենա։ Medi-Cal-ի համար դա այն դեպքում է, երբ սովորական լսում նշանակելը կարող է լրջորեն վտանգել անդամագրված անձի կյանքը, ֆիզիկական և հոգեկան առողջությունը։ Նահանգային լսումը կորոշի և կտեղեկացնի Ձեզ, արդյոք Ձեր գործը կարող են արագացնել։

### ԱՐԳԵԼՎԱԾ ԽՏՐԱՎԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Նահանգային օրենքով, գործակալությունները չեն կարող մերժել նպաստները, ծառայությունները կամ տրամադրել Ձեզ օգնություն, որը տարբերվում է այլոց տրամադրվող օգնությունից հիմնված հետևյալի վրա՝

*Ռասա, մաշկի գույն, ծագում, ազգային ծագում (ներառյալ լեզու), Էթնիկ խմբի պատկանելիություն, տարիք, ֆիզիկական կամ հոգեկան հաշմանդամություն, առողջական վիճակ, կրոն, սեռ, գեղեղք, գեղեղբային ինքնություն կամ արտահայտում, սեռական կողմնորոշում, ամուսնական կարգավիճակ, ընտանեկան զուգընկերություն, քաղաքական հայացքներ, քաղաքականություն, ներգաղթյալի կարգավիճակ, գենետիկական տեղեկություններ։*

Դաշնային օրենքները նաև արգելում են խտրականությունը վերը թվարկված մի քանի, թեև ոչ բոլոր հիմքերով։ Դաշնային օրենքն արգելում է նաև՝

Երեխայի որդեգրման կամ խնամատարության ուշացում կամ մերժում՝ հիմնվելով որդեգրող կամ խնամատարություն ստանձնող ծնողների կամ երեխայի ռասայի, մաշկի գույնի կամ ազգային ծագման վրա։

Խնամատար կամ որդեգրող դառնալու որևէ անձի մերժում՝ հիմնված այդ անձի կամ երեխային ռասայի, մաշկի գույնի կամ ազգային ծագման վրա։

### ԽՏՐԱՎԱՆՈՒԹՅԱՆ ՕՐԻՆԱԿՆԵՐ

Գործակալությունը Ձեզ անվճար թարգմանիչ չի տրամադրում։

Աշխատակիցը որոշակի Էթնիկ խմբին տեղեկացնում է ավելի շատ ծրագրերի և ծառայությունների մասին, քան այլ Էթնիկ խմբերի մարդկանց։

Գործակալությունը Ձեզ չի տրամադրել գրավոր տեղեկատվություն խոշոր տպագիր կամ Բրայլի տառատեսակներ, որոնք Ձեզ անհրաժեշտ են հաշմանդամության պատճառով։

Աշխատակիցը Ձեզ հետ այլ կերպ է վերաբերվում Ձեր կրոնի կամ սեռական կողմնորոշման մասին իմանալուց հետո։

Դուք չեք կարողացել ժամադրություններ ստանալ, քանի որ շենքը վերելակ չունի, և Դուք ունեք հաշմանդամություն, որը սահմանափակում է աստիճաններից օգտվել։

Դուք չեք կարող Ձեր հաշմանդանի սայլակով տեղաշարժվել քննության և հարցազրույցի սենյակում կամ զուգարանում։

Աշխատակիցը հրաժարվում է օգտագործել Ձեր ճիշտ անունը կամ դեբանունը։

#### ՈՂՋԱՄԻՏ ՀԱՐՄԱՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ՝ ՀԱՏՈՒԿ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՀԱՇՄԱՆ ԴԱՄՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՀԱՄԱՐ

Ֆիզիկական կամ մտավոր հաշմանդամություն ունեցող անձինք իրավունք ունեն պետական մարմիններից պահանջել որջամիտ հարմարություններ՝ օգնելու նրանց մուտք գործել և մասնակցել ծրագրերին և ծառայություններին։ Եթե Դուք հաշմանդամություն ունեք և լրացուցիչ օգնության կարիք, ապա պետք է տեղեկացնեք Ձեր նպաստների/ծառայությունների համար պատասխանատու գործակալությանը։ Գործակալությունը պետք է աշխատի Ձեզ հետ՝ որոշելու, թե ինչ օգնության կարիք ունեք։ Եթե գործակալությունը մերժում է Ձեր հարցումը, ապա պետք է Ձեզ գրավոր ծանուցում ուղարկեն՝ նշելով մերժման պատճառը։ Ծանուցման մեջ պետք է նշվեն Ձեր բողոքարկման իրավունքները։