

คำร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ

หากคุณคิดว่าคุณถูกเลือกปฏิบัติ คุณสามารถยื่นคำร้องเรียนได้ สถานที่ที่คุณจะยื่นคำร้องเรียนขึ้นอยู่กับประเภทคำร้องเรียนของคุณ

สำหรับโปรแกรมทั้งหมดในเคาน์ตีของท่าน

เจ้าหน้าที่บริหารเคาน์ตี: โปรดสอบถามสำนักงานเขตมณฑลของคุณ เพื่อขอชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองของเทศมณฑล หน่วยงานของเทศมณฑล (ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ) จะเป็นผู้ตรวจสอบคำร้องเรียนของคุณอย่างเป็นทางการ

สำหรับหน่วยงานภายใต้ความคุ้มครอง ในรัฐแคลิฟอร์เนีย:

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

สำหรับโปรแกรมเมดิ-แคล และเมดิ-แคลทันตกรรม:

คุณสามารถติดต่อผู้ประสานงานด้านสิทธิพลเมืองของเทศมณฑล กรมบริการการรักษายาบาลแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย หรือกระทรวงบริการสุขภาพและมนุษย์ของรัฐบาลกลาง

Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370 or 711 (Calif. Relay Service)
CivilRights@dhs.ca.gov

สำหรับโปรแกรมอื่นทั้งหมดของรัฐภายใต้ความคุ้มครอง

ในแผนพับนี้:

Civil Rights Unit
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, MS 9-7-41
Sacramento, CA 94244-2430
(866) 741-6241 (โทรฟรี)
(916) 651-0602 (แฟกซ์)
crb@dss.ca.gov

หากต้องการยื่นคำร้องเรียนเกี่ยวกับสวัสดิการ CalFresh กับหน่วยงานของรัฐบาลกลาง:

United States Department of Agriculture Director,
Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(866) 632-9992 (โทรฟรี) or (202) 260-1026
(800) 877-8339 (ผู้มีความบกพร่องทางการได้ยิน)
program.intake@usda.gov

การยื่นคำร้องเรียนต่อหน่วยงานของรัฐบาลกลาง:

เฉพาะการร้องเรียนบนพื้นฐานของเชื้อชาติ สีผิว ชนชาติกำเนิด ความพิการ อายุ หรือเพศเท่านั้น

Centralized Case Management Operations United States Department of Health and Human Services
200 Independence Ave.,
S.W. Room 509F HHH Building
Washington DC, 20201

ยื่นคำร้องเรียนทางออนไลน์ได้ที่:

[สำนักงานสิทธิพลเมืองประจำสำนักงานบริการด้านสุขภาพและมนุษย์ของรัฐบาลกลาง](#) พอร์ทัลสำหรับส่งคำร้องเรียน |

(800) 368-1019 (โทรฟรี)
(800) 537-7697 (ผู้มีความบกพร่องทางการได้ยิน)

กำหนดเวลาในการร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติ

ท่านต้องยื่นคำร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติภายใน 180 วัน นับจากวันที่ท่าน ถูกเลือกปฏิบัติ

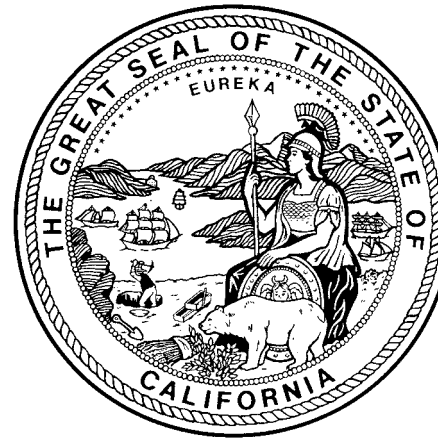
หากการเลือกปฏิบัติส่งผลกระทบต่อระดับในการได้รับสิทธิประโยชน์และบริการต่างๆ ของท่านด้วยเช่นกัน กรุณาขอให้มีการไต่สวน

ผู้พิพากษาจะตัดสินใจเกี่ยวกับคำร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติในระหว่างการพิจารณาคดีไม่ได้

การสืบสวนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติจะไม่สามารถเปลี่ยนจำนวนเงินสวัสดิการหรือหรือบริการของคุณได้ การพิจารณาคดีของรัฐเท่านั้นที่จะสามารถทำเช่นนั้นได้ ไม่อนุญาตให้หน่วยงานต่าง ๆ ตอบโต้คุณ หากคุณขอให้มีการพิจารณาคดีหรือยื่นคำร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ

โปรแกรมที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้แผนพับนี้

- โปรแกรมช่วยเหลือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม (AAP)
- โปรแกรมแอลกอฮอล์และสารเสพติด
- โปรแกรมช่วยเหลือด้านอาหารของรัฐแคลิฟอร์เนีย (CFAP)
- แคลเวิร์คส์ (CalWORKs)
- โปรแกรมช่วยเหลือด้านเงินสดแก่ผู้พวยพ (CAPI)
- แคลเฟรช หรือแสดงต่ออาหาร (CalFresh หรือ Food Stamps)
- โครงการประกันสุขภาพเด็ก (CHIP)
- สิทธิภายใต้ความคุ้มครองของรัฐแคลิฟอร์เนีย
- บริการฟอสเตอร์แคร์/สวัสดิการเด็ก
- โครงการที่อยู่อาศัยผ่านแผนกบริการสังคมของเคาน์ตี
- บริการให้การสนับสนุนในบ้าน
- ความช่วยเหลือด้านการคุ้มครองเครือญาติ (KinGAP)
- โปรแกรมเมดิ-แคล และเมดิ-แคลทันตกรรม
- ความช่วยเหลือด้านเงินสดแก่ผู้ลี้ภัย
- การอนุมัติทรัพยากรสำหรับครอบครัว (RFA)
- โปรแกรมจัดหาเงินทุนดูแลญาติทางแบบทางเลือกที่ได้รับอนุญาต (ARC)
- เงินช่วยเหลือสัตว์เลี้ยงสำหรับให้บริการ (Service Animal Allowance)



State of California
Health & Human Services Agency
Department of Social Services

มีแผนพับนี้ให้ที่สำนักงานสวัสดิการของเทศมณฑลในพื้นที่ของคุณและในเว็บไซต์ของ [CDSS website](#) เป็นภาษาต่าง ๆ ต่อไปนี้:

- อาราบิก
- อาร์เมเนีย
- เขมร
- จีน
- ฟาร์ซี
- มัง
- ญี่ปุ่น
- เกาหลี
- ลาว
- เมียน
- โปรตุเกส
- ปัญจาบ
- รัสเซีย
- สเปน
- ตากาล็อก
- ยูเครน
- เวียดนาม

และมีให้ฟรีในรูปแบบที่เป็นตัวหนังสือขนาดใหญ่ อักษรเบรลล์ และเสียง

เอกสารนี้อธิบายสิทธิ์ของคุณในการได้รับสวัสดิการและบริการต่าง ๆ อย่างเสมอภาค วิธีการขอความช่วยเหลือด้านภาษาหรือการอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับบุคคลทุพพลภาพ และวิธีการยื่นคำร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติ

สิทธิ ของท่าน

ภายใต้โปรแกรมสิทธิประโยชน์สาธารณะ
ของรัฐแคลิฟอร์เนีย



..... สำหรับผู้สมัครเพื่อขอรับความช่วยเหลือจากรัฐ
ในรัฐแคลิฟอร์เนีย



กรุณาแจ้งให้เราทราบหากท่านต้องการความช่วยเหลือ
เนื่องจากความพิการ



ขอสามฟรี

หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมปฏิบัติตามกฎหมายของรัฐบาลกลางและของรัฐ และต้องไม่เลือกปฏิบัติ ยกเว้น หรือให้ความช่วยเหลือสวัสดิการ หรือบริการอื่น ๆ แก่คุณ ซึ่งแตกต่างไปจากที่ให้แก่บุคคลอื่น ๆ

