Правила подачи жалобы на дискриминацию

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890
Телефон: (833) 428-3703
Эл. почта: civil.rights@doh.wa.gov

Расширение доступа к услугам DOH и обеспечение их равноправного получения

The Washington State Department of Health (DOH, Департамент здравоохранения штата Вашингтон) соблюдает все применимые федеральные законы и законы штата, правила и положения, не исключает людей и не делает между ними различий в зависимости от расы, пола, цвета кожи, национальности, языка, религиозных убеждений, возраста, особых потребностей, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, статуса ветерана или военнослужащего либо принадлежности к другой охраняемой от дискриминации категории населения.

DOH предоставляет бесплатные услуги языкового сопровождения и бесплатно обеспечивает людей с особыми потребностями необходимыми приспособлениями (такие услуги получают все клиенты и партнеры DOH), включая следующие:

- услуги устного перевода сертифицированным переводчиком (очно или по телефону);
- услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
- документы DOH в переводе на предпочитаемый язык;
- помощь и разумные приспособления.

Вы можете подать жалобу на дискриминацию, если, по вашему мнению, DOH:

- дискриминировал вас по признаку возраста, пола, расы, цвета кожи, национальности, языка, религиозных убеждений, особых потребностей, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, статуса ветерана или военнослужащего либо принадлежности к другой охраняемой от дискриминации категории населения;
- не предоставил услуги языкового сопровождения (устного или письменного перевода и т. д.);
- не предоставил разумные приспособления в соответствии с вашими запросами как человека с особыми потребностями.

Civil Rights Program предусматривает три способа подачи жалобы.

1. Отправка заполненной формы жалобы на дискриминацию на адрес электронной почты civil.rights@doh.wa.gov.
2. Отправка заполненной и распечатанной формы жалобы на дискриминацию на почтовый адрес:

   Washington State Department of Health
   Civil Rights & ADA Program
   P.O. Box 47890
   Olympia, WA 98504-7890
3. Подача жалобы на дискриминацию нашим сотрудникам по номеру телефона (833) 428-3703.

Жалобу можно *также* подать в такие органы:

- U.S. Department of Justice (Министерство юстиции США) (www.justice.gov): 800-514-0301
- U.S. Department of Health and Human Services, Civil Rights (Управление по вопросам гражданских прав Министерства здравоохранения и социальных служб США) (www.hhs.gov): 877-696-6775
- Washington State Office of the Attorney General (Генеральная прокуратура штата Вашингтон) (www.atg.wa.gov): 800-551-4636
- Washington State Human Rights Commission (Комитет по правам человека штата Вашингтон): (www.hum.wa.gov): 800-233-3247

Форма жалобы на дискриминацию

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890
Телефон: (833) 428-3703
Эл. почта: civil.rights@doh.wa.gov

ОЧИСТИТЬ ФОРМУ

Информация о вас

Предпочитаемый язык (выберите один)

- ◯ English - Английский
- ◯ 简体中文 Упрощенный китайский
- ◯ Русский
- ◯ Другой язык (укажите):
- ◯ Español - Испанский
- ◯ 繁體中文 Китайский традиционный
- ◯ Soomaali - Сомалийский
- ◯ ខ្មែរ - Кхмерский
- ◯ 한국어 - Корейский
- ◯ Tiếng Việt - Вьетнамский

Приспособления для людей с особыми потребностями (необязательно)

Имя	Фамилия		
Адрес			
Город	Штат	Индекс	Страна
Адрес электронной почты		Номер телефона	
Имя представителя/адвоката (необязательно)	Контактная информация представителя/адвоката		

В случае изменения адреса или номера телефона после подачи жалобы сообщите об этом немедленно.

Форма жалобы на дискриминацию

Сведения о жалобе

Тип жалобы (отметьте все подходящие варианты)			Когда это произошло? (дд/мм/гггг)
☐ Преодоление языкового барьера	☐ Дискриминация	☐ Оскорбление	
☐ Преследование	☐ Отсутствие приспособлений	☐ Сексуальное домогательство	

Каким, по вашему мнению, было основание для дискриминации?

☐ Раса или этническая принадлежность	☐ Гендерная идентичность	☐ Национальность	☐ Статус ветерана/ военнослужащего
☐ Язык	☐ Пол	☐ Сексуальная ориентация	☐ Особые потребности
☐ Цвет кожи	☐ Вероисповедание	☐ Возраст	
☐ Другое (укажите):			

Опишите, что произошло. Добавьте страницы, если нужно. На каждой странице напишите свое имя.

Вы уже подавали такую жалобу раньше?	Если да, то кому и когда? (дд/мм/гггг)
☐ Да ☐ Нет	

Уведомление о конфиденциальности. Полученная через эту форму информация считается общедоступной, она может быть предоставлена для проверки и копирования представителям общественности по запросу. В случае получения запроса от представителя общественности эта форма будет передана ему в соответствии с Public Records Act (Закон о публичной информации), главой 42.56 Revised Code of Washington (RCW, Свод законов штата Вашингтон с поправками). Ваши персональные данные, включая имя, адрес, электронную почту, номер телефона и сведения о состоянии здоровья, будут удалены до момента передачи сведений из формы. Будут раскрыты только сведения о самой жалобе.

На кого эта жалоба (если известно)?

Добавьте страницы, если нужно. На каждой странице напишите свое имя.

Укажите имя человека, который, по вашему мнению, вас дискриминировал	Должность	Номер телефона
Укажите имя человека, который, по вашему мнению, вас дискриминировал	Должность	Номер телефона
Укажите имя человека, который, по вашему мнению, вас дискриминировал	Должность	Номер телефона
Укажите имя свидетеля инцидента		Номер телефона
Укажите имя свидетеля инцидента		Номер телефона

Подпись **Дата**

Для получения дополнительной информации позвоните по номеру (833) 428-3703 или напишите нам на электронную почту civil.rights@doh.wa.gov.

Washington State Department of HEALTH

DOH 750-202 September 2024 Russian

Запросить этот документ в другом формате можно по номеру телефона 1-800-525-0127. Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте doh.information@doh.wa.gov.