

## 非歧视通知

---

歧视是违法行为。合作伙伴实体遵守州和联邦民权法。合作伙伴实体不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族裔认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向而非法歧视、排斥或区别对待个人。

合作伙伴实体提供：

为残障人士提供免费帮助和服务，帮助他们更好地沟通，例如：

- 合格的手语翻译
- 其他格式（大字体、盲文、音频或可访问的电子格式）的书面信息
- 为非英语母语人士提供免费语言服务，例如：
- 合格的口译员
- 以其他语言编写的信息

如果您需要上述服务，请联系合作伙伴实体，电话号码为。或者，如果您听力不佳或说话不便，请拨打 **711（加利福尼亚州中继）**。本文件可应要求以盲文、大字体、音频或可访问的电子格式提供给您。

### 如何提出申诉

如果您认为合作伙伴实体未能提供这些服务或以其他方式基于性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族裔群体识别、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向进行非法歧视，您可以向阿拉米达县行为健康消费者援助提出申诉。您可以致电、书面或亲自到场提出申诉：

- 致电：周一至周五上午 9 点至下午 5 点之间拨打 **1-800-779-0787** 联络消费者援助办公室。或者，如果您听力不佳或说话不便，请拨打 **711（加利福尼亚州中继）**。
- 书面：填写申诉表或写信并寄至：

#### **消费者援助办公室**

**2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, CA 94606**

- 亲自到场提出：访问您提供商的办事处或  
**心理健康协会**  
**2855 Telegraph Ave, Suite 501  
Berkeley, CA 94705**，并说明您要提出申诉。
- 申诉表可在线获取，请访问：

<https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>。

## 民权办公室——加州医疗保健服务部

您还可以通过致电、书面或电子方式向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 致电：拨打 **916-440-7370**。如果您说不清或听不清，请致电 711（加利福尼亚州中继）。
- 书面：填写投诉表或写信至：  
**医疗保健服务部民权办公室**  
**P.O. Box 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**
- 投诉表格可在线获取：<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- 电子方式：发送电子邮件至 **CivilRights@dhcs.ca.gov**。

## 民权办公室——美国卫生与公众服务部

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视，您也可以通过致电、书面或电子方式向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉：

- 致电：拨打 **1-800-368-1019**。如果您说不清或听不清，请致电 711（加利福尼亚州中继）/TDD：711
- 书面：填写投诉表或写信至：  
**美国卫生与公众服务部**  
**200 Independence Avenue, SW**  
**Room 509F, HHH Building**  
**Washington, D.C. 20201**
- 投诉表格可在线获取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。
- 电子方式：访问民权办公室投诉门户网站：  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>