

禁止歧视通知

歧视是违法行为。ACBHD 遵守州和联邦民权法。ACBHD 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、民族认同、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、排斥或区别对待任何人。

ACBHD：

- 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
 - 用其他语言编写的信息

如果您需要这些服务，请致电 ACBHD：**800-491-9099**。或者，如果您听力或说话不便，请致电 **711（加州中继服务）**。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 ACBHD 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。您可以通过电话、书面方式或亲自提出申诉：

- 通过电话联系：周一至周五上午 9 点至下午 5 点之间致电 **1-800-779-0787** 联络消费者援助办公室。或者，如果您听力或说话不便，请致电 711（加州中继服务）。
- 书面方式：填写申诉表或写信并寄至：

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

- 亲自到场：前往您的医疗服务提供方办公室，或前往**心理健康协会**（地址为 2855 Telegraph Ave, Suite 501, Berkeley, CA 94705），并表示您想提出申诉。

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——加州卫生保健服务部

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

- 致电：拨打 **916-440-7370**。如果您说话不便或听力不佳，请拨打 **711（加州中继服务）**。
- 书面方式：填写投诉表或写信至：
**Department of Health Care Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413**
- 投诉表格可从以下网址获取：
<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**。如果您说话不便或听力不佳，请拨打
711（加州中继服务）/语障专线 1-800-537-7697
- 书面方式：填写投诉表或写信至：
**U.S. Department of Health and Human
Services 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>