

禁止歧視聲明

歧視是違反法律的行為。合作夥伴實體遵守州和聯邦民權法。合作夥伴實體不會因性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔認同、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而非法歧視、排斥或區別對待個人。

合作夥伴實體提供：

為身心障礙者提供免費幫助和服務，幫助他們更好地溝通，例如：

- 合格的手語翻譯
- 其他格式的書面資料（大字體、點字、語音或無障礙電子格式）
- 為主要語言為非英語者提供免費語言服務，例如：
- 合格口譯員
- 其他語言版本的書面資料

如果您需要這些服務，請撥打電話號碼聯絡合作夥伴實體。或者，若您有聽力或言語障礙，請撥打 **711**（加州中繼服務）。若您提出要求，本文件可提供點字版、大字體、語音版或無障礙電子格式。

如何提出申訴

如果您認為合作夥伴實體未能提供這些服務或以其他方式基於性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔群體識別、年齡、心理殘障、身體殘障、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向進行非法歧視，您可以向阿拉米達縣行為健康消費者援助提出申訴。您可以透過電話、書面或親自提出申訴：

- 透過電話：週一至週五上午 9 點至下午 5 點，請撥打 **1-800-779-0787** 聯絡消費者協助部門。或者，若您有聽力或言語障礙，請撥打 **711**（加州中繼服務）。
- 書面方式：填寫申訴表格或撰寫申訴信函，並寄至：

消費者協助部門

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

- 親自提出：前往您的醫療服務提供者診所或
心理健康協會
**2855 Telegraph Ave, Suite 501
Berkeley, CA 94705**，並說明您要提出投訴。

- 申訴表格可於此網站取得：

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

加州醫療保健服務部民權辦公室

您也可以向加州醫療保健服務部民權辦公室透過電話、書面或電子方式提出民權投訴：

- 透過電話：致電 **916-440-7370**。若您有言語或聽力障礙，請撥打 711（加州中繼服務）。
- 書面方式：填寫投訴表或寫信至：

醫療保健服務部民權辦公室
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

- 投訴表格可於此網站取得：<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- 電子方式：請寄送電子郵件至 **CivilRights@dhcs.ca.gov**。

美國衛生及公共服務部民權辦公室

如果您認為自己因種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙或性別而遭受歧視，您也可以透過電話、書面或電子方式向美國衛生及公共服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：致電 **1-800-368-1019**。若您有言語或聽力障礙，請撥打 711（加州中繼服務）／聽障專線：711
- 書面方式：填寫投訴表或寫信至：

美國衛生及公共服務部
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

- 投訴表格可於此取得網站：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。
- 電子方式：請瀏覽民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>