



MISSISSIPPI STATE DEPARTMENT OF HEALTH

MẪU ĐƠN THAN PHIỀN VỀ DÂN QUYỀN

Mẫu đơn này sẽ được sử dụng khi nộp đơn than phiền về hành vi vi phạm luật dân quyền hoặc các điều khoản không phân biệt đối xử. Mẫu đơn này sẽ được sử dụng bởi bệnh nhân, khách hàng, người tiêu dùng, người tham gia chương trình nộp đơn than phiền cáo buộc về phân biệt đối xử từ một chương trình thuộc Sở Y Tế Tiểu Bang Mississippi (MSDH) hoặc người nhận trợ cấp phụ do MSDH tài trợ.

Tiếp tục bất kỳ câu trả lời nào cho một câu hỏi trên các tờ bổ sung nếu cần thiết. Đính kèm bất kỳ tài liệu hoặc chứng từ bằng văn bản nào liên quan đến trường hợp của quý vị.

Tên, địa chỉ, (các) số điện thoại và địa chỉ email của quý vị:

Quý vị có người đại diện không? Có ☐ Không ☐

Nếu có, vui lòng liệt kê tên, họ và địa chỉ gửi thư, (các) số điện thoại và địa chỉ email của người đại diện:

Tên, địa chỉ và (các) số điện thoại của (những) người đã phân biệt đối xử với quý vị:

Tên, địa chỉ và (các) số điện thoại của cơ quan, tổ chức liên quan đến than phiền của quý vị:

Có người hoặc tổ chức nào khác liên quan đến vụ việc phân biệt đối xử này không? Có ☐ Không ☐
Nếu CÓ, vui lòng cho biết tên, địa chỉ và số điện thoại vào bên dưới:

TÊN	ĐỊA CHỈ	SỐ ĐIỆN THOẠI

Điều nào sau đây mô tả bản chất của trường hợp phân biệt đối xử liên quan đó?

Chủng Tộc ☐ Màu Da ☐ Nguồn Gốc Dân Tộc ☐ Giới Tính ☐
Khuy nh Hướn g Tí nh Dục ☐ Khuy ết Tậ t ☐ Bả n Dạng Giớ i ☐
Biể u Hiệ n Giớ i ☐ Tuổ i Tác ☐ Trá Đũa hoặ c Trá Thù ☐

Trường hợp phân biệt đối xử đó xảy ra ở đâu?

(Những) tháng, ngày và năm nào gần đây nhất xảy ra sự phân biệt đối xử đối với quý vị?

Bắt đầu: Tháng_____ Ngày_____ Năm_____

Kết thúc: Tháng_____ Ngày_____ Năm_____

Giải thích chi tiết những gì đã xảy ra với quý vị.

Vui lòng liệt kê bên dưới bất kỳ người nào mà chúng tôi có thể liên hệ để biết thêm thông tin nhằm hỗ trợ hoặc làm rõ than phiền của quý vị:

TÊN	ĐỊA CHỈ	ĐIỆN THOẠI

Vui lòng cung cấp bất kỳ thông tin nào khác, bao gồm cả tài liệu hỗ trợ, có thể hữu ích cho cuộc điều tra của chúng tôi.

Nếu Than Phiền này được giải quyết theo sự hài lòng của quý vị, quý vị mong muốn biện pháp khắc phục nào?

Quý vị đã nộp đơn Than Phiền của mình với bất kỳ trường hợp nào sau đây chưa? (Đánh dấu vào các mục thích hợp.)

- | | |
|---|--|
| ☐ Ban Dân Quyền, Bộ Tư Pháp Hoa Kỳ | ☐ Ủy Ban Cơ Hội Việc Làm Bình Đẳng Hoa Kỳ |
| ☐ Cơ Quan Liên Bang Khác | ☐ Tòa Án Liên Bang hoặc Tiểu Bang |
| ☐ Luật Sư | ☐ Khác (ghi rõ) _____ |
| ☐ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh-OCR | |

Đối với bất kỳ mục nào được đánh dấu ở trên, vui lòng cung cấp thông tin sau:

Tên Cơ Quan/Cá Nhân: _____

Ngày Nộp Đơn: _____

Số Trường Hợp hoặc Số Sổ Đơn: _____

Ngày Xét Xử hoặc Điều Trần: _____

Địa Điểm của Cơ Quan hoặc tòa án: _____

Tên của Điều Tra Viên _____

Tình Trạng của Trường Hợp: _____

Ý kiến bổ sung:

Tài Liệu Hỗ Trợ Đính Kèm (Đánh dấu một lựa chọn): Có ☐ Không ☐

NGÀY KÝ: _____ ĐÃ KÝ: _____

Vui lòng gửi Mẫu Đơn Than Phiền về Dân Quyền này cho Sở Y tế Tiểu bang Mississippi qua đường bưu điện hoặc email tại:

Charles Lee, Civil Rights Coordinator
Mississippi State Department of Health
P.O. Box 1700
Jackson, Mississippi
39215-1700
Điện thoại: 601-576-7847
Email: civilrights@msdh.ms.gov

Khả năng sẵn có và việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không ngăn cản một người nộp đơn than phiền lên tổ chức tài trợ liên bang hiện hành về hành vi phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, khuyết tật hoặc trả thù/trả đũa.

Đơn than phiền có thể được nộp trực tiếp tới **Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ** bằng cách sử dụng thông tin dưới đây:

Nộp Đơn Than Phiền Bằng Gói Đơn Than Phiền Phân Biệt Đối Xử về Dân Quyền

Mở [liên kết](#) này để điền vào Gói Đơn Than Phiền Phân Biệt Đối Xử về Dân Quyền ở định dạng PDF. Quý vị sẽ cần phần mềm Adobe Reader để điền vào mẫu đơn than phiền và chấp thuận.

Quý vị có thể:

In và gửi mẫu đơn than phiền và chấp thuận đã điền đầy đủ qua đường bưu điện tới:

Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201, hoặc

Gửi email mẫu đơn than phiền và chấp thuận đã điền đầy đủ tới OCRComplaint@hhs.gov (Xin lưu ý rằng việc liên lạc bằng email không được mã hóa có nguy cơ thông tin nhận dạng cá nhân có trong email đó có thể bị các bên thứ ba trái phép chặn)

Gửi than phiền bằng Cổng Thông Tin Trục Tuyến OCR của HHS

Mở và nhấp vào liên kết này để sử dụng Cổng Thông Tin Than Phiền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ: [Cổng Thông Tin Trục Tuyến OCR](#)

Than phiền này cũng có thể được nộp trực tiếp tới **Ban Dân Quyền của Bộ Tư Pháp Hoa Kỳ**, bằng phương thức điện tử thông qua cổng thông tin của họ, tại <https://civilrights.justice.gov/report/> hoặc qua thư hoặc điện thoại tại:

U.S. Department of Justice, Civil Rights Division
950 Pennsylvania Ave, NW
Washington, D.C. 2530-0001
Số điện thoại miễn phí: 1-855-856-1247
TTY: 202-514-0716

Nếu quý vị đang nộp đơn than phiền liên quan đến **Chương Trình Dinh Dưỡng dành cho Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (WIC)**, quý vị có thể chọn gửi than phiền trực tiếp đến **USDA** bằng phương thức điện tử tại [Mẫu Đơn Than Phiền Phân Biệt Đối Xử cho Chương Trình USDA của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ](#) (Tiếng Tây Ban Nha – Español): <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>) hoặc qua thư hoặc điện thoại tại:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; hoặc
Fax: (833) 256-1665 hoặc (202) 690-7442
Email: Program.Intake@usda.gov

Thông tin về Chương Trình USDA có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Người khuyết tật cần các phương tiện liên lạc thay thế để có được thông tin về chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, chữ in lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Mỹ), nên liên hệ với cơ quan tiểu bang hoặc địa phương chịu trách nhiệm quản lý chương trình hoặc Trung Tâm TARGET của USDA theo số (202) 720- 2600 (thoại và TTY) hoặc liên hệ với USDA thông qua Dịch Vụ Chuyển Tiếp Liên Bang theo số (800) 877-8339.

LƯU Ý: Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc hiểu tiếng Anh hoặc bị khuyết tật, luôn có sẵn hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí hoặc các trợ giúp và dịch vụ khác. MSDH cung cấp dịch vụ thông dịch, dịch tài liệu miễn phí hoặc hỗ trợ khác theo yêu cầu: gọi 601-206-1720.

Español (Spanish) | Si tiene dificultades para entender inglés o tiene una discapacidad, háganoslo saber. La asistencia lingüística gratuita u otros servicios de ayuda están disponibles a pedido en su departamento de salud local sin cargo. Llame al 601-206-1720.

Tiếng Việt (Vietnamese) | Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc hiểu tiếng Anh hoặc bị khuyết tật, vui lòng cho chúng tôi biết. Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí hoặc các dịch vụ trợ giúp khác được cung cấp miễn phí theo yêu cầu tại Sở Y Tế địa phương của quý vị: 601-206-1720.

中文 (Chinese) | 如果您在理解英語方面有困難或有殘疾，請告知我們。當地衛生部門可應要求免費提供語言協助或其他援助服務。601-206-1720.

إذا كنت تواجه صعوبة في فهم اللغة الإنجليزية أو تعاني من إعاقة، فيرجى إخبارنا بذلك. إذ تتوفر المساعدة (Arabic) اللغة العربية 601-206-1720 اللغوية مجاناً أو خدمات المساعدة الأخرى مجاناً عند طلبها من الإدارة المحلية للشؤون الصحية:

Français (French) | Si vous éprouvez de la difficulté à comprendre l'anglais ou si vous souffrez d'un handicap, veuillez nous en informer. Une assistance linguistique gratuite et d'autres services d'aide sont disponibles sur demande auprès de votre service de santé local. Veuillez appeler: 601-206-1720.

Kreyol (Haitian) | Si w gen difikilte pou w konprann Angle oswa si w gen yon andikap, tanpri fè nou konnen. Asistans lang gratis oswa lòt sèvis èd disponib sou demann nan Depatman Sante lokal ou a gratis. Tanpri rele: 601-206-1720.

Italiano (Italian) | Se non capisce bene l'inglese o ha una disabilità, ce lo comunichi. Presso il locale Dipartimento della salute sono disponibili a titolo gratuito un servizio di assistenza linguistica o altri servizi di assistenza su richiesta. Contattare: 601-206-1720.

Deutsch (German) | Wenn Sie kein Englisch verstehen oder eine Behinderung haben, teilen Sie es uns bitte mit. Kostenlose Sprachunterstützung oder andere Hilfsdienste sind auf Wunsch bei Ihrem lokalen Gesundheitsamt kostenlos verfügbar: 601-206-1720.

Hindi | यदि आपको अंग्रेजी समझने में कठिनाई होती है या आप अक्षम हैं, तो अनुरोध करने पर मुफ्त भाषा सहायता या अन्य मदद और सेवाएं उपलब्ध हैं। कृपया कॉल करें: 601-206-1720.

فارسى (Farsi)

اگر زبان انگلیسی را درک نمیکنید یا دارای معلولیت هستید، لطفاً به ما اطلاع دهید. خدمات رایگان زبانی یا سایر خدمات امدادی، در صورت نیاز به صورت رایگان در اداره بهداشت محلی شما قابل دریافت است: 601-206-1720.

한국어 (Korean) |영어를 이해하는 데 어려움이 있거나, 장애가 있는 경우 저희에게 알려주십시오.
무료 언어 지원 또는 기타 지원 서비스는 요청 시 지역 보건부에서 무료로 제공됩니다: 601-206-1720.

Yoruba |Tí o bá ní ìṣòro mípa òye Gẹ̀ẹ̀sì tàbí o ní àìlera, jòwọ̀ jẹ́ kí a mò. Ànfàní ètò ìrànlọ́wọ́ èdè àti àwọn ètò ìrànlọ́wọ́ miiran wà tí o bá bèèrè fun ní ẹ̀ka Ìtọ́jú ilera àdúúgbò lófẹ́: 601-206-1720.

Igbo

Ọ bụrụ na ọ na-esiri gị ike ighota Bekee ma ọ bụ na i nwere nkwarụ, biko mee ka anyị mara. Enyemaka asụsụ efu ma ọ bụ ọrụ enyemaka ndị ọzọ dị mgbe a chọrọ ha na Ngalaba Mpaghara Ahụike gị n'efu: 601-206-1720.