

差別に係る不服申立て

差別されたとお考えの場合は、不服申立て提出することができます。不服の申立て先は、どのプログラムに係る不服であるのかによります。

あなたが居住されている郡の機関が所管するプログラムのすべてについて：郡政府に対し、市民権調整官の氏名、住所及び電話番号をご照会ください。この郡があなたの提出された不服申立てについて独立的な立場から調査することになります。

カバード・カリフォルニア (Covered California) について：

カバード・カリフォルニア・市民権調整官
(Civil Rights Coordinator Covered California)
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95789
(916) 228-8764
CivilRights@covered.ca.gov

メディ - カル及びメディ - カルデンタルプログラム (Medi-Cal & Medi-Cal Dental Program) :

郡の市民権調整官、州政府保健サービス局、又は連邦政府保健福祉省にご照会ください。

保健サービス局市民権室 (Office of Civil Rights)
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370 or 711 (カリフォルニアリレー・サービス)
CivilRights@dhcs.ca.gov

このパンフレットの対象であるその他の州のプログラムのすべてについて：

市民権ユニット (Civil Right Unit)
カリフォルニア州社会福祉局
P.O. Box 944243, M/S 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
(866) 741-6241 (無料電話)
crb@dss.ca.gov

カル・フレッシュに係る不服申立てを連邦政府機関に提出するためには：

連邦政府農務省審判室長 (United States Department of Agriculture Director, Office of Adjudication)
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(866) 632-9992 (無料電話) or (202) 260-1026
(800) 877-8339 (聴覚障害者用)
program.intake@usda.gov

連邦政府機関に不服申立てを提出するためには：

人種、肌の色、国勢、障害、年齢及び生物学的性差に基づく差別のみに限られます：

米国連邦政府保健社会福祉省中央ケース・マネジメントオペレーション (Centralized Case Management Operation US Dept. Health and Human Services)
200 Independence Ave.,
S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington DC, 20201

不服申立てをオンラインで提出するには：

[米国連邦政府保健福祉省市民権 不服申立てポータル](#)

(800) 368-1019 (無料電話)
(800) 537-7697 (聴覚障害者用/発声障害者用)

差別に係る不服申立ての提出期限

差別に係る不服申立ては、あなたが差別された日から180日間以内に提出しなければなりません。

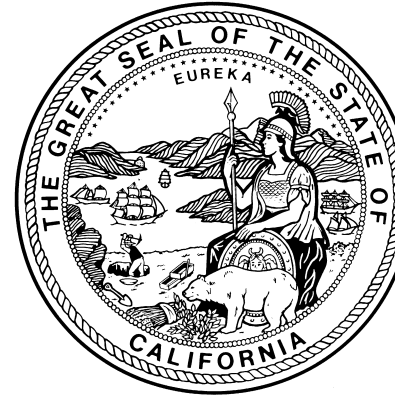
当該差別があなたに対する給付及びサービスのレベルにも影響を及ぼした場合は、聴聞会の開催をご要請ください。

差別に係る調査では、あなたに対する給付又はサービスのレベルを変更することはできません。州の聴聞会のみがそのような変更を実施可能です。

あなたに対する給付の通知の日付から90日間以内に聴聞会の開催を要請することができます。この提出期限の経過後の提出については、裁判官があなたのために聴聞会を開催するか否かを決定することになります。

このパンフレットの対象プログラムについて

- ・ 養子縁組支援プログラム (Adoption Assistance Program (AAP))
- ・ アルコール及び薬物プログラム (Alcohol and Drug Program)
- ・ CA 食品支援プログラム (CA Food Assistance Program (CFAP))
- ・ カルワークス (CalWORKs)
- ・ 移民のため現金支援プログラム (Cash Assistance Program for Immigrants (CAPI))
- ・ カルフレッシュ (CalFresh (Food Stamps))
- ・ 子供用健康保険プログラム (Children's Health Insurance Program (CHIP))
- ・ カバード・カリフォルニア・エリジビリティ (Covered California Eligibility)
- ・ 里親/子供福祉サービス (Foster Care/Child Welfare Services)
- ・ 郡社会福祉局経由の住宅プログラム (Housing Programs through County Social Service Departments)
- ・ 自宅内支援サービス (In-Home Supportive Services)
- ・ 親族後見支援 (Kinship Guardianship Assistance (KinGAP))
- ・ メディ - カル - メディ - カルデンタルプログラム (Medi-Cal - Medi-Cal Dental Program)
- ・ 避難民現金支援 (Refugee Cash Assistance)
- ・ リソース・ファミリー・アプルーバル (Resource Family Approvals (RFA))
- ・ 認可済親族介護人資金供与オプションプログラム (Approved Relative Caregiver Funding Option Program (ARC))
- ・ サービス・アニマル・アラウアンス (Service Animal Allowance)



カリフォルニア州
保健福祉庁社会保障局

このパンフレットは、あなたの居住されている郡の福祉事務所及び [CDSSウェブサイト](#) から以下の言語版のものを入手することができます：

- ・ アラビア語
- ・ アルメニア語
- ・ カンボジア語
- ・ 中国語
- ・ ファルシ語
- ・ モン語
- ・ 日本語
- ・ 韓国語
- ・ ラオ語
- ・ ヤオ語
- ・ ポルトガル語
- ・ パンジャビ語
- ・ ロシア語
- ・ スペイン語
- ・ タガログ語
- ・ ウクライナ語
- ・ ベトナム語

また、大きな活字版、点字版及び音声CDも無料で入手することができます。

このパンフレットは、あなたの諸権利、言語上の手助け、又は障害等に係る合理的な配慮を要請する方法、及び差別に係る不服申立ての提出の方法について説明するものです。

PUB 13 (Japanese) (8/20)

あなたの 諸権利

カリフォルニアの公的給付プログラム
に基づくもの



..... カリフォルニアにおける公的支援の申請者及び受給者のためのもの



障害のために手助けを必要とされる場合は、お申出ください。



無料の通訳をご要請ください

公的支援機関は、連邦及び州法を遵守するとともに、その支援、給付、又はその他のサービスについて、差別、排除、又は他の者に対するものと異なるものを提供することは許されません。

