

차별 대우 불만 신고

귀하가 차별을 받았다고 생각되면 이에 불만을 제기할 수 있습니다. 불만을 신고하고자 하는 프로그램에 따라 불만 신고를 하는 장소가 다릅니다.

귀하의 카운티 사무소가 관장하는 모든 프로그램: 카운티 사무소에 민권 담당 사무관 (Civil Rights Coordinator)의 성명, 주소 및 전화 번호를 문의하십시오. 카운티는 귀하의 불만 사항을 독립적으로 조사할 것입니다.

커버드 캘리포니아(Covered California) 프로그램:

Civil Rights Coordinator Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95789
(916) 228-8764
CivilRights@covered.ca.gov

메디칼(Medi-Cal) 및 메디칼 덴탈(Medi-Cal Dental) 프로그램:

보건 복지 서비스 사무국 관할 카운티 민권 담당 사무관이나 연방 보건 인적 서비스 사무국에 대해 연락하여 주십시오.

Department of Health Care Services,
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370 또는 711 (캘리포니아 중계 서비스)
CivilRights@dhcs.ca.gov

본 안내서에 포함되는 모든 기타 프로그램:

Civil Rights Unit
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, M/S 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
(866) 741-6241 (수신자 부담)
crb@dss.ca.gov

연방 기관에 칼프레쉬(CalFresh) 불만 신고를 제기하는 경우:

United States Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(866) 632-9992 (수신자 부담) or (202) 260-1026
(800) 877-8339 (청각 장애자)
program.intake@usda.gov

연방 기관에 불만 신고를 제기하는 경우:

인종, 피부색, 출생 국가, 장애, 연령, 또는 성별에 관한 차별만 해당됩니다.

Centralized Case Management Operation
US Dept. Health and Human Services
200 Independence Ave.,
S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington DC, 20201

인터넷으로 불만 신고를 제기하는 경우:

[미국 보건 인적 서비스 사무국 민권 불만 신고 포털](#)

(800) 368-1019 (수신자 부담)
(800) 537-7697 (청각/언어 장애자)

차별 불만 신고 기한 제한 안내

차별 불만 신고는 신고하고자 하는 차별 대우를 받은 일자로부터 180일 이내에 해야 합니다.

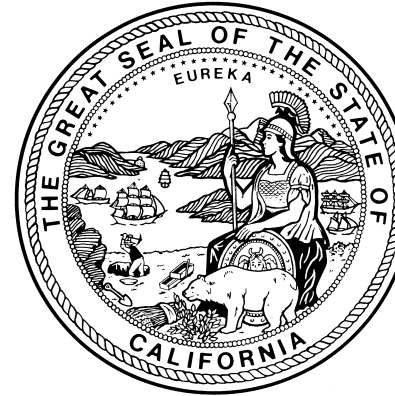
차별 대우로 인하여 귀하의 복수 혜택이나 서비스 또한 영향을 받은 경우, 관련 사건 행정 청문회를 요청할 수 있습니다.

차별 대우 수사로 인해 귀하의 복지 혜택 수준이나 서비스가 변경되지 않습니다. 주 정부 행정 청문회를 통해서만 변경될 수 있습니다.

복지 혜택 관련 고지 통지일로부터 90일 이내에 청문회를 요청할 수 있습니다. 이 기간 이후에 청문회를 요청하는 경우, 판사가 귀하의 청문회 개최 여부를 결정하게 됩니다.

본 안내서에 포함되는 프로그램

- 입양 지원 프로그램(AAP)
- 알코올 및 약물 프로그램
- 캘리포니아 식품 지원 프로그램 (CFAP)
- 칼웍스(CalWORKs)
- 이민자 현금 지원프로그램(CAPI)
- 칼프레쉬(CalFresh - 푸드 스탬프)
- 아동 건강 보험 프로그램(CHIP)
- 커버드 캘리포니아 수혜 자격 심사
- 위탁 가정 돌봄/아동 복지 서비스
- 카운티 사회 복지 사무소에서 제공하는 주택 프로그램
- 가정 간병가사도우미(IHSS)
- 친인척 후견인 지원(KinGAP)
- 메디칼 - 메디칼 덴탈 프로그램
- 난민 현금 지원
- 가족 자원 승인(RFA)
- 친인척 돌봄 서비스 승인기금 옵션 프로그램 (ARC)
- 서비스 동물 지원금



캘리포니아 주
보건 인적 서비스 사무국
사회 복지 부

본 안내서는 귀하가 거주하는 카운티 복지 사무소와 [CDSS 웹사이트](#) 에서 다음과 같은 언어로 제공됩니다:

- 아랍어
- 아르메니아어
- 캄보디아어
- 중국어
- 페르시아어
- 미아오어(몽족어)
- 일본어
- 한국어
- 라오스어
- 미안 방언
- 포르투갈어
- 편자브어
- 러시아어
- 스페인어
- 타갈로그어
- 우크라이나어
- 베트남어

정보는 큰 활자나 점자 인쇄물, 그리고 음원 CD 로도 무료로 제공됩니다.

본 간행문은 귀하의 법적 권리를 설명하며, 언어 지원 요청 방법, 또는 장애인이거나 장애가 있는 개인에게 필요한 합리적인 편의 제공을 청하는 방법, 그리고 차별 불만 신고 방법을 안내합니다.

당신의 법적 권리

캘리포니아 공공 복지 혜택 프로그램 관련



..... 캘리포니아 공공 지원 보조 수당을 신청하는 사람들을 위한 안내

장애로 인하여 도움이 필요하시면 말씀하여 주십시오

무료 통역을 요청할 수 있습니다

공공 복지 혜택 제공 기관은 연방법 및 주법을 준수하여 차별이나 배제가 없도록 하며 다른 사람에게 제공하는 지원, 혜택 또는 기타 서비스를 귀하에게 다르게 제공할 수 없습니다.

