

СКАРГИ НА ДИСКРИМІНАЦІЮ

Якщо Ви вважаєте, що Вас було дискриміновано, Ви можете подати скаргу. Куди подавати скаргу залежить від програми, на яку Ви скаржитесь.

Для всіх програм, впроваджених Вашим округом:

Попросіть у своєму окружному офісі номер телефону їх Координатора з громадянських прав (Civil Rights Coordinator). Округ проведе незалежне розслідування Вашої скарги.

Для Covered California:

Координатор з громадянських прав програми Covered California

PO Box 989725

West Sacramento, CA 95789

(916) 228-8764

CivilRights@covered.ca.gov

Для Medi-Cal та Стоматологічної програми Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program):

Ви можете звернутись до окружного координатора з громадянських прав, Відділу охорони здоров'я штату (Department of Health Care Services) або федерального Відділу охорони здоров'я та соціальних послуг (Health and Human Services).

Department of Health Care Services,

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

(916) 440-7370 or 711 (послуги телетайпу в Каліфорнії)

CivilRights@dhs.ca.gov

Для всіх інших програм штату, включених в цей памфлет:

Civil Rights Unit

California Department of Social Services

P.O. Box 944243, M/S 8-16-70

Sacramento, CA 94244-2430

(866) 741-6241 (toll free)

crb@dss.ca.gov

Щоб подати скаргу щодо програми CalFresh до федеральної агенції:

United States Department of Agriculture Director, Office of Adjudication

1400 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20250-9410

(866) 632-9992 (toll free) or (202) 260-1026

(800) 877-8339 (hearing impaired)

program.intake@usda.gov

Щоб подати скаргу до федеральної агенції:

Лише щодо дискримінації з огляду на расу, колір шкіри, національне походження, інвалідність, вік або стать:

Centralized Case Management Operation

US Dept. Health and Human Services

200 Independence Ave.,
S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington DC, 20201

Подайте скаргу в електронному вигляді:

[US Health & Human Services Civil Rights Complaint Portal](#)

(800) 368-1019 (безкоштовно)

(800) 537-7697 (для людей з вадами слуху/мовлення)

Часові обмеження для подачі скарги про дискримінацію

Ви повинні подати скаргу про дискримінацію протягом 180 днів з дати, коли Вас дискримінували.

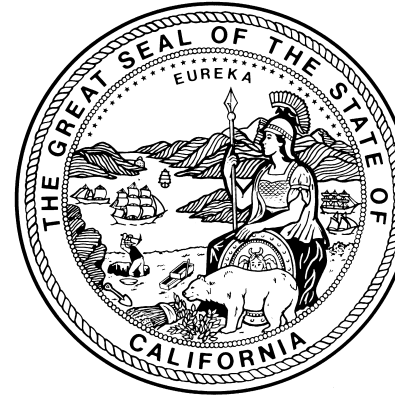
Якщо дискримінація також вплинула на рівень допомоги та послуг, які Ви отримали, зверніться з проханням про розгляд.

Розслідування дискримінації не може змінити рівень наданої Вам допомоги чи послуг. Лише слухання штату може це зробити.

Ви маєте 90 днів від дати повідомлення про отримання Вашої допомоги, щоб звернутись з проханням про розгляд. Якщо Ви подасте заяву після закінчення цього періоду, суддя вирішить, чи відбудеться Ваше слухання.

ПРОГРАМИ, ЯКІ ВКЛЮЧЕНО ДО ЦЬОГО ПАМФЛЕТУ

- Програма допомоги з усиновленням/удочеренням (Adoption Assistance Program [AAP])
- Програма боротьби з алкогольною та наркотичною залежністю (Alcohol and Drug Program)
- Каліфорнійська програма допомоги з продуктами харчування (CA Food Assistance Program [CFAP])
- CalWORKs
- Програма готівкової допомоги іммігрантам (Cash Assistance Program for Immigrants [CAPI])
- CalFresh (програма продуктових талонів [Food Stamps])
- Програма медичного страхування для дітей (Children's Health Insurance Program [CHIP])
- Житлові програми через окружні Відділи соціальних послуг (Housing Programs through County Social Service Departments)
- Послуги з підтримки на дому (In-Home Supportive Services)
- Допомога родичам-опікунам (Kinship Guardianship Assistance [KinGAP])
- Medi-Cal – Medi-Cal стоматологічна програма (Medi-Cal – Medi-Cal Dental Program)
- Готівкова допомога біженцям (Refugee Cash Assistance)
- Програма затвердження ресурсних родин (Resource Family Approvals [RFA])
- Програма фінансових опцій для затверджених родичів-опікунів (Approved Relative Caregiver Funding Option Program [ARC])
- Виплати на утримання службових тварин (Service Animal Allowance)



Штат Каліфорнія

Агенція охорони здоров'я та соціальних послуг

Відділ соціальних послуг

Цей памфлет є доступним у Вашому місцевому Відділі соціальної допомоги та на [CDSS](#) веб сайті наступними мовами:

- Арабською
- Вірменською
- Камбоджійською
- Китайською
- Фарсі
- Хмонг
- Японською
- Корейською
- Лаоською
- Міен
- Португальською
- Панджабі
- Російською
- Іспанською
- Тагалог
- Українською
- В'єтнамською

Також є доступною безкоштовно надрукований великим шрифтом, шрифтом Брайля та для CD програвача.

Ця публікація пояснює Ваші права, як звернутися про мовну допомогу або допомогу з розміщенням в межах розумного з огляду на через інвалідність або порушення функцій і як подати скаргу про.

PUB 13 (Ukrainian) (8/20)

ВАШІ ПРАВА

ЗГІДНО КАЛІФОРНІЙСЬКИХ ПРОГРАМ СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ



..... для людей, які подають заяви на отримання або отримують соціальну допомогу в Каліфорнії



Повідомте нам, якщо Вам потрібна допомога через інвалідність.



Попросіть про безкоштовного перекладача.

Агенції соціальної допомоги дотримуються державних законів та законів штату, і не можуть дискримінувати, виключати або надавати Вам підтримку, допомогу або інші послуги, які відрізняються від тих, що надаються іншим.

