



提出歧视 投诉的说明

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890
电话:(833) 428-3703
电子邮件:civil.rights@doh.wa.gov

改善获得以及公平参与 DOH 服务的机会

Washington State Department of Health (DOH, 华盛顿州卫生部) 遵守所有适用的联邦和州法律、法规和规章的规定, 不会因为种族、性别、肤色、民族血统、语言、宗教信仰、年龄、残疾状况、性别认同、性取向、退伍军人或兵役状况、或其他受保护的类别而排斥或区别对待他人。

DOH 可以为所有接受 DOH 服务或与 DOH 有业务往来的客户免费提供语言协助服务和残疾人士便利服务, 包括但不限于:

- 经认证的口译员提供的口译服务(当面口译或电话口译)
- 合格的手语译员
- 以您的首选语言提供的翻译版本的 DOH 文件
- 辅助工具及合理的便利设施

如果您认为 DOH 存在以下情况, 您可以提出歧视投诉:

- 您因年龄、性别、种族、肤色、民族血统、语言、宗教信仰、残疾状况、性别认同、性取向、退伍军人或兵役状况、或其他受保护的类别而受到歧视或遭到报复
- 未能提供语言协助服务(口译、笔译等)
- 未能为您的残疾提供合理的便利设施

有三种方法可以向我们的 Civil Rights Program 提出投诉:

1. 将填妥的歧视投诉表通过电子邮件发送至 civil.rights@doh.wa.gov。
2. 打印出填写完整的歧视投诉表并将其邮寄至:

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890

3. 致电 (833) 428-3703 向我们的团队进行电话投诉。

您还可以向以下机关进行投诉:

- [U.S. Department of Justice \(美国司法部\)](http://www.justice.gov) (www.justice.gov): 800-514-0301
- [U.S. Department of Health and Human Services, Civil Rights \(美国卫生与公众服务部民权办公室\)](http://www.hhs.gov) (www.hhs.gov): 877-696-6775
- [Washington State Office of the Attorney General \(华盛顿州总检察长办公室\)](http://www.atg.wa.gov) (www.atg.wa.gov): 800-551-4636
- [Washington State Human Rights Commission \(华盛顿州人权委员会\)](http://www.hum.wa.gov) (www.hum.wa.gov): 800-233-3247

歧视投诉表

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890
电话:(833) 428-3703
电子邮件:civil.rights@doh.wa.gov

您的个人信息

语言偏好(请勾选一项)			
英语	Español/西班牙语	ភាសាខ្មែរ/柬埔寨语	
简体中文/中文简体	繁體中文/中文繁体	한국어/韩语	
Русский/俄语	Soomaali/索马里语	Tiếng Việt /越南语	
其他语言 — 请提供:			
残疾人便利设施(可选择性填写)			
名字		姓氏	
地址			
市	州	邮政编码	国家/地区
电子邮件地址		电话号码	
代表/律师的姓名(可选择性填写)		代表/律师的联系信息	

如果您的地址或电话号码在提交投诉后发生变化, 请立即通知我们。

歧视投诉表

投诉详情

投诉类型(请勾选所有适用项)			什么时候发生了这种问题? (月/日/年)
语言协助 遭到报复	受到歧视 受到骚扰	缺少便利设施 受到性骚扰	
您认为所发生的歧视是基于什么原因?			
种族或族裔 语言 性别认同 其他 — 请提供:	肤色 宗教信仰 性别	民族血统 性取向 退伍军人或兵役状况	年龄 残疾状况
解释一下发生了什么。如有需要,请附上附加页。请在每个附加页上注明您的姓名。			
您以前是否就此提出过投诉?		如果回答为“是”,投诉对象是谁,投诉时间为何时? (月/日/年)	
是	否		

隐私声明:通过本投诉表所收集的信息均视为公共信息,如果公众提出要求,可以公开供其查阅和复制。如果收到公众要求,将根据 **Public Records Act** (《公共记录法》) (**Revised Code of Washington (RCW**, 华盛顿州修订法典) 第 **42.56** 条) 的要求公布此投诉表。您的个人信息(包括姓名、地址、电子邮件、电话号码和提供的任何医疗记录)将在任何记录公布之前被删除。投诉本身的详细信息会予以公布。

歧视投诉表

投诉的对象是谁(如果知道)?

如有需要,请附上附加页。请在每个附加页上注明您的姓名。

请提供您认为对您有歧视行为的人员的姓名	职务	电话号码
请提供您认为对您有歧视行为的人员的姓名	职务	电话号码
请提供您认为对您有歧视行为的人员的姓名	职务	电话号码
请提供事件目击者的姓名		电话号码
请提供事件目击者的姓名		电话号码

签名

日期

如需获取更多信息:请致电 (833) 428-3703 或发送电子邮件至 civil.rights@doh.wa.gov 联系我们。



DOH 750-202 September 2024 Simplified Chinese

如欲索取本文件的其他版本格式,请致电 1-800-525-0127。耳聋或重听人士,请拨 711 (Washington Relay) 或发送电子邮件至 doh.information@doh.wa.gov。