

差別に関する苦情申し立て 提出手順

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890
電話番号:(833) 428-3703
Eメール:civil.rights@doh.wa.gov

DOHが提供するサービスへのアクセスと公平な参加の改善

Washington State Department of Health (DOH、ワシントン州保健局)では適用されるすべての連邦および州の法律、規則、規定に準拠し、人種、性別、肌の色、出身国、言語、宗教、年齢、障害、性自認、性的志向、退役軍人または軍人としての地位、もしくはその他の保護されたクラスを理由に、排除したり、異なる扱いをしたりすることはありません。

DOHはサービスを受けるすべての顧客やDOHと取引するビジネスに対し、以下を含みますがこれに限定されない言語アクセスサービスおよび障害のある人への対応を無料で提供しています。

- 認定通訳者による通訳サービス(対面または電話)
- 資格のある手話通訳
- 希望する言語へのDOH文書の翻訳
- 支援および合理的な配慮

あなたはDOHが以下を行ったと確信した場合、差別に関する苦情を申し立てることができます。

- 年齢、性別、人種、肌の色、出身国、言語、宗教、障害、性自認、性的志向、退役軍人または軍人としての地位、もしくはその他の保護されたクラスを理由に差別した場合や報復を行った場合
- 言語アクセスサービス(通訳、翻訳など)の提供を怠った場合
- あなたの障害に対して合理的な配慮が行われなかった場合

Civil Rights Programで苦情を申し立てる方法は3通りあります。

1. 記入済みの差別に関する苦情申し立てフォームをcivil.rights@doh.wa.govにメールする。
2. 記入済みの差別に関する苦情申し立てフォームを印刷し、以下に郵送する。

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

3. (833) 428-3703に電話し、担当者に苦情を申し立てる。

または以下の機関に苦情を申し立てることもできます。

- [U.S. Department of Justice \(米国司法省\)](http://www.justice.gov) (www.justice.gov): 800-514-0301
- [U.S. Department of Health and Human Services, Civil Rights \(米国保健福祉省、公民権部門\)](http://www.hhs.gov) (www.hhs.gov): 877-696-6775
- [Washington State Office of the Attorney General \(ワシントン州司法長官事務所\)](http://www.atg.wa.gov) (www.atg.wa.gov): 800-551-4636
- [Washington State Human Rights Commission \(ワシントン州人権委員会\)](http://www.hum.wa.gov) (www.hum.wa.gov): 800-233-3247

差別に関する苦情申し立てフォーム

Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890
電話番号:(833) 428-3703
Eメール:civil.rights@doh.wa.gov

申し立て人に関する情報

希望言語 (1つ選択してください)			
英語	Español/スペイン語	ខ្មែរ/カンボジア語	
簡体中文/簡体字中国語	繁體中文/繁体字中国語	한국어/韓国語	
Русский/ロシア語	Soomaali/ソマリ語	Tiếng Việt /ベトナム語	
その他の言語—記入してください。			
障害のある人向けの配慮 (任意)			
名		姓	
住所			
市町村	州	郵便番号	国
Eメールアドレス		電話番号	
代理人/弁護士の名前 (任意)		代理人/弁護士の連絡先情報	

苦情申し立てを提出した後に住所や電話番号に変更が生じた場合は、直ちにお知らせください。

差別に関する苦情申し立てフォーム

苦情の詳細

苦情の種類(当てはまるものをすべて選択してください)			いつ起こりましたか? (mm/dd/yyyy)
言語アクセス 報復	差別 ハラスメント	配慮の欠如 セクシャルハラスメント	
差別があったと考える根拠は何ですか?			
人種または民族性 言語 性自認 その他 - 記入してください。	肌の色 宗教 性別	出身国 性的志向 退役軍人/軍人としての地位	年齢 障害
何が起こったのか説明してください。必要に応じてページを足してください。添付するページ全てに名前を記入してください。			
この件について過去に苦情を申し立てたことはありますか?		「はい」の場合、いつ、誰に申し立てましたか? (mm/dd/yyyy)	
はい いいえ			

プライバシーに関する通知:このフォームを通じて収集される情報は公衆情報と見なされ、要請に応じて一般市民による調査やコピーのために公開される場合があります。要請があった場合、このフォームはPublic Records Act (公文書管理法) Revised Code of Washington (RCW 42.56) に従って公開されます。あなたの氏名、住所、Eメールアドレス、電話番号、医療記録などを含む個人情報は記録が公開される前に除外されます。苦情申し立ての詳細については公開されます。

差別に関する苦情申し立てフォーム

(知っている場合) 苦情は誰に対するものですか？

必要に応じてページを足してください。添付するページ全てに名前を記入してください。

あなたに対して差別を行ったと思う人物の名前	役職	電話番号
あなたに対して差別を行ったと思う人物の名前	役職	電話番号
あなたに対して差別を行ったと思う人物の名前	役職	電話番号
事件の目撃者の名前		電話番号
事件の目撃者の名前		電話番号

署名

日付

詳細情報について:(833) 428-3703に電話をするか、civil.rights@doh.wa.govにメールをしてください。



DOH 750-202 September 2024 Japanese

このドキュメントを別の形式で要請するには、1-800-525-0127までお問い合わせください。聴覚に障害がある方は、711 (Washington Relay) に電話をするか、doh.information@doh.wa.govにメールをしてください。