



ការណែនាំសម្រាប់ការដាក់ បណ្តឹងតវ៉ាលើការរើសអើង

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

ការកែលម្អលទ្ធភាពទទួលបាន និងការចូលរួមប្រកបដោយសមធម៌ក្នុងសេវាកម្មរបស់ DOH

Washington State Department of Health (DOH, ក្រសួងសុខាភិបាលនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន) អនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ព្រមទាំងវិធាន និងបទប្បញ្ញត្តិជាធរមានទាំងអស់ និងមិនដកប្រជាជនចេញ ឬប្រព្រឹត្តិចំពោះប្រជាជនមិនដូចគ្នាដោយសារតែពូជសាសន៍ ភេទ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ភាសា សាសនា អាយុ ពិការភាព អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និន្នាការផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអតីតយុទ្ធជនឬយោធា ឬ វណ្ណៈដែលត្រូវបានការពារផ្សេងទៀតឡើយ។

DOH ផ្តល់សេវាប្រើភាសា និងការសម្របសម្រួលសម្រាប់ពិការភាពដោយឥតគិតថ្លៃដល់អតិថិជនទាំងអស់ដែលទទួលបានសេវា ឬធ្វើអាជីវកម្មជាមួយ DOH រួមមានជាអាទិ៍៖

- សេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ជាមួយអ្នកបកប្រែដែលមានការទទួលស្គាល់ (ដោយផ្ទាល់ ឬតាមទូរស័ព្ទ)
- អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ការបកប្រែឯកសាររបស់ DOH ជាភាសាដែលអ្នកចង់ប្រើ
- ជំនួយ និងការសម្របសម្រួលសមស្រប

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាលើការរើសអើងបាន ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា DOH៖

- បានរើសអើង ឬតបតចំពោះអ្នកដោយសារតែអាយុ ភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ ភាសា សាសនា ពិការភាព អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និន្នាការផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអតីតយុទ្ធជនឬយោធា ឬវណ្ណៈដែលត្រូវបានការពារផ្សេងទៀតរបស់អ្នក
- មិនបានផ្តល់សេវាប្រើភាសា (ការបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ការបកប្រែឯកសារ។ល។)
- មិនបានផ្តល់ការសម្របសម្រួលសមស្របសម្រាប់ពិការភាពរបស់អ្នក

មានវិធីចំនួនបីក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Civil Rights Program របស់យើង៖

1. ផ្ញើទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាលើការរើសអើងពេញលេញតាមអ៊ីមែលទៅ civil.rights@doh.wa.gov
2. បោះពុម្ព រួចផ្ញើទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាលើការរើសអើងពេញលេញតាមសំបុត្រទៅ៖
Washington State Department of Health
Civil Rights & ADA Program
P.O. Box 47890
Olympia, WA 98504-7890
3. ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ (833) 428-3703 ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាតាមទូរស័ព្ទជាមួយក្រុមការងាររបស់យើង។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាមួយអាជ្ញាធរនៅខាងក្រោមបានផងដែរ៖

- U.S. Department of Justice (ក្រសួងយុត្តិធម៌សហរដ្ឋអាមេរិក) (www.justice.gov)៖ 800-514-0301
- U.S. Department of Health and Human Services (ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សអាមេរិក) (www.hhs.gov)៖ 877-696-6775
- Washington State Office of the Attorney General (ការិយាល័យអគ្គរដ្ឋអាជ្ញានៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន) (www.atg.wa.gov)៖ 800-551-4636
- Washington State Human Rights Commission (គណៈកម្មការសិទ្ធិមនុស្សនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន) (www.hum.wa.gov)៖ 800-233-3247

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាលើការរើសអើង

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

ព័ត៌មានរបស់អ្នក

| | | | |
|---|--------------------------|-----------------------------------|--------|
| ភាសាដែលចង់ប្រើ (ផឹកមួយ) | | | |
| English | Español/Spanish | ខ្មែរ/Cambodian | |
| 简体中文/Chinese Simplified | 繁體中文/Chinese Traditional | 한국어/Korean | |
| Русский/Russian | Soomaali/Somali | Tiếng Việt /Vietnamese | |
| ភាសាផ្សេងទៀត — សូមផ្តល់៖ | | | |
| ការសម្របសម្រួលសម្រាប់ពិការភាព (មិនបំពេញក៏បាន) | | | |
| នាមខ្លួន | | នាមត្រកូល | |
| អាសយដ្ឋាន | | | |
| ទីក្រុង | រដ្ឋ | លេខកូដតំបន់ | ប្រទេស |
| អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល | | លេខទូរស័ព្ទ | |
| ឈ្មោះរបស់តំណាង/មេធាវី (មិនបំពេញក៏បាន) | | ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់តំណាង/មេធាវី | |

ប្រសិនបើអ្នកប្តូរអាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរស័ព្ទ បន្ទាប់ពីអ្នកដាក់បញ្ជូនបណ្តឹងតវ៉ា សូមប្រាប់ឱ្យយើងបានដឹងភ្លាមៗ។

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាលើការរើសអើង

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីបណ្តឹងតវ៉ា

| | | | |
|---|---------------------------------|--|---|
| ប្រភេទបណ្តឹងតវ៉ា (ផឹកចំណុចទាំងអស់ដែលត្រូវ) | | | តើបញ្ហានេះបានកើតឡើងនៅពេលណា? (mm/dd/yyyy) |
| សិទ្ធិប្រើភាសាការតបត | ការរើសអើង ការបៀតបៀន | កង្វះការសម្របសម្រួល ការបៀតបៀនផ្លូវភេទ | |
| តើអ្នកគិតថាការរើសអើងបានកើតឡើងដោយសារអ្វី? | | | |
| ពូជសាសន៍ ឬជាតិពន្ធុភាសា អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ផ្សេងៗ - សូមផ្តល់៖ | ពណ៌សម្បុរ/ស្បែក សាសនា ភេទ | ដើមកំណើតជាតិ និន្នាការផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអតីតយុទ្ធជន/យោធា | អាយុ ពិការភាព |
| សូមពន្យល់ពីអ្វីដែលបានកើតឡើង។ សូមភ្ជាប់ទំព័ររបន្ថែម បើចាំបាច់។ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើទំព័រដែលបានភ្ជាប់នីមួយៗ។ | | | |
| តើអ្នកធ្លាប់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីបញ្ហានេះពីមុនដែរទេ? | | ប្រសិនបើ “បាទ/ចាស” តើដាក់ជាមួយនរណា និងនៅពេលណា? (mm/dd/yyyy) | |
| បាទ/ចាស | ទេ | | |

ការជូនដំណឹងអំពីឯកជនភាព៖ ព័ត៌មានដែលប្រមូលតាមរយៈទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានចាត់ទុកថាជាព័ត៌មានសាធារណៈ និងអាចត្រូវបានចេញផ្សាយសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យ និងការចម្លងដោយសាធារណជន ប្រសិនបើបានស្នើសុំ។ ប្រសិនបើសំណើសុំដោយសាធារណជន ត្រូវបានទទួល ទម្រង់បែបបទនេះនឹងត្រូវបានចេញផ្សាយដូចបានតម្រូវដោយ Public Records Act (ច្បាប់ស្តីពីកំណត់ត្រាសាធារណៈ) Revised Code of Washington (RCW, translation 42.56)។ ព័ត៌មាន ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក — រួមទាំងឈ្មោះ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល លេខទូរសព្ទ និងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានផ្តល់ — នឹងត្រូវបានដកចេញ មុនពេលចេញផ្សាយកំណត់ត្រាណាមួយ។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីបណ្តឹងតវ៉ា នឹងត្រូវបានចេញផ្សាយ។

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាលើការរើសអើង

តើបណ្តឹងតវ៉ានេះប្តឹងនរណា (បើស្គាល់)?

សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម បើចាំបាច់។ សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកនៅលើទំព័រដែលបានភ្ជាប់នីមួយៗ។

| | | |
|--|-------|------------|
| សរសេរឈ្មោះបុគ្គលដែលអ្នកជឿជាក់ថាបានរើសអើងអ្នក | តំណែង | លេខទូរសព្ទ |
| សរសេរឈ្មោះបុគ្គលដែលអ្នកជឿជាក់ថាបានរើសអើងអ្នក | តំណែង | លេខទូរសព្ទ |
| សរសេរឈ្មោះបុគ្គលដែលអ្នកជឿជាក់ថាបានរើសអើងអ្នក | តំណែង | លេខទូរសព្ទ |
| ឈ្មោះសាក្សីដែលបានឃើញហេតុការណ៍ | | លេខទូរសព្ទ |
| ឈ្មោះសាក្សីដែលបានឃើញហេតុការណ៍ | | លេខទូរសព្ទ |

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ (833) 428-3703 ឬផ្ញើអ៊ីមែលមកយើងតាម civil.rights@doh.wa.gov។



DOH 750-202 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 2024 Khmer

ដើម្បីស្នើសុំឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមហៅទូរសព្ទមកលេខ 1-800-525-0127។ អតិថិជនដែលពិការភ្នែកឬស្តាប់មិនសូវឮ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711 (Washington Relay) ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅ doh.information@doh.wa.gov។