

## Інструкції щодо заповнення скарги про дискримінацію

Washington State Department of Health  
Civil Rights & ADA Program  
P.O. Box 47890  
Olympia, WA 98504-7890  
Телефон: (833) 428-3703  
Електронна пошта: [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov)

### Покращення доступу та забезпечення рівноправної участі в послугах DOH

Washington State Department of Health (DOH, Департамент охорони здоров'я штату Вашингтон) дотримується всіх застосовних федеральних законів, законів штату, правил і нормативів, а також не дискримінує осіб і не ставиться до них по-різному через расу, стать, колір шкіри, національність, мову, релігію, вік, інвалідність, гендерну ідентичність, сексуальну орієнтацію, статус ветерана або військовослужбовця чи інші захищені категорії.

DOH надає безкоштовні мовні послуги клієнтам і забезпечує умови для людей з обмеженими можливостями, що отримують послуги або співпрацюють із DOH, зокрема:

- послуги усного перекладу, що надаються сертифікованим перекладачем (очно або телефоном);
- послуги кваліфікованого перекладача жестової мови;
- переклад документів DOH бажаною мовою;
- допоміжні засоби та необхідні умови.

### Ви можете подати скаргу про дискримінацію, якщо вважаєте, що DOH:

- дискримінує або переслідує вас через ваш вік, расу, стать, колір шкіри, національність, мову, релігію, інвалідність, гендерну ідентичність, сексуальну орієнтацію, статус ветерана або військовослужбовця чи інші захищені категорії;
- не надав вам мовні послуги (усний або письмовий переклад тощо);
- не забезпечив умови, необхідні вам як людині з обмеженими можливостями.

### Способи подати скаргу через Civil Rights Program

1. Надішліть заповнену форму скарги про дискримінацію на адресу електронної пошти [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).
2. Роздрукуйте й надішліть заповнену форму скарги про дискримінацію за адресою:

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

3. Зателефонуйте за номером (833) 428-3703, щоб подати скаргу нашій команді телефоном.

### Крім того, ви можете подати скаргу до таких органів влади:

- [U.S. Department of Justice \(Міністерство юстиції США\)](http://www.justice.gov): 800-514-0301 ([www.justice.gov](http://www.justice.gov))
- [U.S. Department of Health and Human Services \(Міністерство охорони здоров'я і соціальних служб США\), управління з питань громадянських прав](http://www.hhs.gov): 877-696-6775 ([www.hhs.gov](http://www.hhs.gov))
- [Washington State Office of the Attorney General \(Генеральна прокуратура штату Вашингтон\)](http://www.atg.wa.gov): 800-551-4636 ([www.atg.wa.gov](http://www.atg.wa.gov))
- [Washington State Human Rights Commission \(Комісія з прав людини штату Вашингтон\)](http://www.hum.wa.gov): 800-233-3247 ([www.hum.wa.gov](http://www.hum.wa.gov))

# Форма скарги про дискримінацію

Washington State Department of Health  
Civil Rights & ADA Program  
P.O. Box 47890  
Olympia, WA 98504-7890  
Телефон: (833) 428-3703  
Електронна пошта: [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov)

<b>Ваша інформація</b>			
Виберіть мову (одну) English/англійська 简体中文/китайська спрощена  Інша мова – зазначте:		Русский/російська Español/іспанська 简体中文/китайська традиційна Soomaali/сомалі	ខ្មែរ/кхмерська 한국어/корейська Tiếng Việt /в'єтнамська
Умови для людей з обмеженими можливостями (необов'язково)			
Ім'я		Прізвище	
Адреса			
Місто		Штат	Поштовий індекс Країна
Адреса електронної пошти		Номер телефону	
Ім'я представника/адвоката (необов'язково)		Контактні дані представника/адвоката	

Якщо після подання скарги ваша адреса або номер телефону зміняться, одразу повідомте про це.

# Форма скарги про дискримінацію

## Деталі скарги

Тип скарги (виберіть усе, що підходить)			Коли це сталося? (мм/дд/рррр)
Мовні послуги Переслідування	Дискримінація Домагання	Відсутність умов Сексуальні домагання	
За якою ознакою, на вашу думку, відбулася дискримінація?			
Раса або етнічне походження Мова Гендерна ідентичність Інші – зазначте:	Колір шкіри Релігія Стать Національність	Сексуальна орієнтація Статус ветерана/ військовослужбовця	Вік Інвалідність
Опишіть ситуацію. За потреби прикріпіть додаткові аркуші. Зазначте своє ім'я на кожному з прикріплених аркушів.			
Чи подавали ви скаргу щодо цього раніше?		Якщо так, то до кого й коли? (мм/дд/рррр)	
Так	Ні		

**Повідомлення про конфіденційність.** Інформація, зібрана за допомогою цієї форми, вважається публічною. Її може бути розкрито за запитом для ознайомлення та копіювання представниками громадськості. У разі надходження публічного запиту відомості із цієї форми буде розкрито відповідно до глави 42.56 Revised Code of Washington (RCW, Кодекс законів штату Вашингтон із поправками), Public Records Act (Закон про державні архіви). Перед розкриттям вашу особисту інформацію – включно з іменем, адресою, адресою електронної пошти, номером телефону та усією наданою медичною документацією – буде вилучено. Інші деталі скарги буде розкрито.

# Форма скарги про дискримінацію

## Про кого йдеться в скарзі (якщо відомо)?

За потреби прикріпіть додаткові аркуші. Зазначте своє ім'я на кожному з прикріплених аркушів.

Ім'я людини, яка, на вашу думку, дискримінувала вас	Посада	Номер телефону
Ім'я людини, яка, на вашу думку, дискримінувала вас	Посада	Номер телефону
Ім'я людини, яка, на вашу думку, дискримінувала вас	Посада	Номер телефону
Ім'я свідка інциденту		Номер телефону
Ім'я свідка інциденту		Номер телефону

---

**Підпис**

---

**Дата**

Щоб отримати додаткову інформацію, зателефонуйте за номером (833) 428-3703 або напишіть листа на адресу [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).



**DOH 750-202 September 2024 Ukrainian**

Щоб отримати цей документ в іншому форматі, зателефонуйте за номером 1-800-525-0127. Клієнтів із глухотою або з ослабленим слухом просимо телефонувати за номером 711 (Washington Relay) або писати на адресу електронної пошти [doh.information@doh.wa.gov](mailto:doh.information@doh.wa.gov).