

СКАРГА ПРО ДИСКРИМІНАЦІЮ

Якщо Ви вважаєте, що Вас було дискриміновано, Ви можете подати скаргу. Місце подачі скарги залежить від типу Вашої скарги.

Для всіх програм, впроваджених Вашим округом:

Дізнайтеся у своєму окружному офісі ім'я, адресу та номер телефону їх Координатора з питань громадянських прав (Civil Rights Coordinator). Окружна агенція, а не агенція штату, 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 звернутися до окружного Координатора з питань громадянських прав, Департаменту охорони здоров'я (Department of Health Care Services) штату або федеральну Службу 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@dhcs.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 (безкоштовно)
(916) 651-0602 (факс)
crb@dss.ca.gov

Для подачі скарги CalFresh щодо 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 (безкоштовно) or (202) 260-1026
(800) 877-8339 (для осіб з вадами слуху)
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 Building
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.

Судді не можуть виносити вирок щодо скарг про дискримінацію під час слухання.

Розслідування щодо дискримінації не може змінити рівень Вашої допомоги або послуг. Лише слухання штату може це зробити. Агенціям заборонено вживати заходів у відповідь, якщо Ви звернетесь з проханням про слухання або подасте скаргу про дискримінацію.

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 окружному відділі соціального забезпечення та на веб-сайті [CDSS website](#) такими мовами:

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

Також доступний безкоштовно надрукований великими літерами, шрифтом Брайля та в аудіо форматі.

Ця публікація пояснює Ваші права на рівноправне отримання допомоги та послуг, як попросити про мовну допомогу або про створення безперешкодного доступу в межах розумного з огляду на інвалідність.

PUB 13 (Ukrainian) (5/22)

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.

Державні агенції з надання допомоги дотримуються федерального законодавства та законодавства штату, та не повинні дискримінувати, виключати або надавати Вам допомогу, пільги або інші послуги, які відрізняються від тих, які надаються іншим.

ВАШІ ПРАВА

Усі фізичні особи та організації, які надають соціальну допомогу, повинні поважати Ваші права. Вони можуть допомогти Вам зрозуміти та подати заяву на отримання субсидій та послуг.

You have the right to an interpreter free of charge.

- بحق لك الحصول على مترجم فوري مجاناً.
- ඌඹු විභවදාන ආරාධකයන්හි ආචාරිකාවලට නිවැරදි:
- မှုඡභාස සවිදුරුකරාස මුඡපඡආවුචු ජෝග්භසස සඡඡ
- ନିଅ
- 您有權免費獲得口譯員。
- شما حق دسترسی به یک مترجم (ترجمان) رایگان را دارید.
- आपको दुभाषिये की सेवाएँ मुफ्त प्राप्त करने का अधिकार है।
- Koj yeej muaj cai mus siv ib tus kws txhaislus dawb.
- あなたは通訳サービスを無料で受ける権利を有されています。
- 귀하는 무료로 통역 서비스를 요청할 수 있는 법적 권리가 있습니다.
- ທ່ານມີສິດໂດດັວ້ ບໍ່ລິການຈາກກາງພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າ
- Meih maaih leiz duqv zipv maiv zuqc cuotv nyaanh nyei faan waac mienh.
- Você tem o direito de solicitar um intérprete gratuitamente.
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।
- “Вы имеете право на бесплатные услуги переводчика”
- Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete
- May karapatan ka sa isang tagasalin, nang walang bayad.
- ທ່ານມີສິດທິທີ່ຈະໄດ້ຮັບບໍາກິດຈາກສ່າມແປລາຊາພາຟຣີ
- Ви маєте право на безкоштовні послуги перекладача.
- Quý vị có quyền có được một thông dịch viên miễn phí.

Зверніться з проханням про мовну допомогу до агенції, яка відповідає за надання Вам допомоги/послуг.

ВИ МАЄТЕ ПРАВО:

1. Розуміти, що відбувається з Вашою заявою або виплатою.
2. Отримати письмове або усне пояснення щодо Вашої заяви чи виплати. Ви маєте право на безкоштовні послуги перекладача для отримання цієї інформації. Зверніться з проханням про мовну допомогу до агенції, яка відповідає за надання Вам допомоги/послуг.
3. Якщо агенція штату має письмове пояснення не лише англійською, а й іншими мовами, Ви маєте право отримати цю інформацію тими мовами.

4. Отримайте квитанцію про документи, доставлені особисто.
5. Переглядати документи у Вашій справі.
6. Ознайомитись із законами та правилами стосовно Вашої програми.
7. Звернутися з проханням до судді про перегляд будь якої дії або бездіяльності агенції стосовно Вашої відповідності вимогам, допомоги або послуг.
8. Не стикатися з дискримінацією при поданні заяви на отримання або при отриманні допомоги або послуг через програму.
9. Подавати скаргу про дискримінацію.
10. Отримайте «необхідні умови для безперешкодного доступу в межах розумного», якщо Ви маєте інвалідність. Це – специфічна допомога для Вас, щоб Ви могли мати доступ або взяти участь у програмі.
11. На збереження конфіденційності Вашої інформації.
12. На ввічливе та поважне ставлення.

ЯКЩО У ВАС ВИНИКЛИ ПРОБЛЕМИ З ВАШОЮ ДОПОМОГОЮ ЧИ ПОСЛУГАМИ:

Ведіть облік всієї своєї інформації, документів та контактів з агенцією.

Отримайте квитанцію, коли надаєте будь-що.

Приводьте когось із собою на зустрічі.

Скаржіться. Існує 4 шляхи, як це зробити.

1. **Неформальний:** Попросіть про розмову з керівником, щоб поговорити про проблеми з працівником або щоб переглянути правила та запропоновані дії щодо Вашої допомоги або послуг.
2. **Розгляд штатом:** Зверніться з проханням про слухання штатом, якщо Ви не згодні з дією або бездіяльністю агенції щодо Вашої допомоги або послуг. Ви повинні звернутися з проханням про слухання протягом 90 днів з дати повідомлення від агенції про Вашу допомогу або послуги. Якщо Ви звернетесь з проханням після 90 днів, суддя вирішить, чи мали Ви поважну причину для подачі із запізненням, таку, як хвороба або інвалідність.
3. **Скарга про дискримінацію:** Перегляньте розділ Скарга про дискримінацію. Ви можете мати різні права на подачу заяви до федеральних агенцій або агенцій штату.
4. **Оскарження:** Ви можете подати скаргу в агенцію, якщо вона має процедуру оскарження. *Це не захищає Вашу допомогу так само, як подача прохання про слухання штатом.*

СЛУХАННЯ ШТАТОМ

Ви можете також звернутися з проханням про слухання штатом, якщо агенція не надає Вам тієї допомоги або послуг, які, Ви вважаєте, Ви повинні отримувати. Дивіться PUB 412, щоб отримати інформацію про розгляд штатом.

Зауважте: Якщо Ви маєте проблему із Програмою загальної допомоги (General Assistance) або Програмою загальної підтримки (General Relief), Ви повинні звернутися з проханням до округу про розгляд.

Якщо у Вас виникла проблема з допомогою від соціального забезпечення (Social Security), Ви повинні звернутися до адміністрації соціального забезпечення для призначення розгляду.

ЗВЕРНЕННЯ З ПРОХАННЯМ ПРО СЛУХАННЯ ШТАТОМ

Ви можете звернутися з проханням про слухання штатом електронним шляхом, по телефону, факсу, електронною поштою або звичайною поштою.

Електронний шлях: [ACMS.dss.ca.gov](https://acms.dss.ca.gov) - Ви можете створити обліковий запис, щоб подати всю інформацію стосовно Вашої скарги електронним шляхом, або подати електронну заяву без облікового запису.

Телефон: 1-800-743-8525
Email: SHDCSU@dss.ca.gov
Номер факсу: 833-281-0905
Поштова адреса: State Hearings Division
PO Box 944243, MS 21-37
Sacramento, CA 94244-2430

ПРИСКОРЕНІ СЛУХАННЯ

Якщо Ви маєте термінову проблему, Ви можете звернутися з проханням про «прискорене» слухання, щоб слухання відбулося швидше. Для Medi-Cal, це відбувається у випадку, коли звичайне слухання може складати суттєву небезпеку для життя або фізичного чи психічного здоров'я учасника.

ЗАБОРОНА ДИСКРИМІНАЦІЇ

Закон штату забороняє агенціям відмовляти у наданні допомоги чи послуг або надавати Вам допомогу, яка відрізняється від допомоги, наданої іншим, з огляду на:

Расу, колір, походження, національність (включаючи мову), ідентифікацію з певною етнічною групою, вік, фізичну чи розумову інвалідність, стан здоров'я, релігію, стать, статеву ідентифікацію або вираження, сексуальну орієнтацію, сімейний статус, цивільний шлюб, політичну приналежність,

громадянство, імміграційний статус та генетичну інформацію.

Федеральні закони також забороняють дискримінацію на кількох, хоча не всіх, вищезазначених підставах. Федеральний закон також забороняє:

Затримку або відмову у розміщенні дитини для усиновлення/удочерення або передання на тимчасове опікунство з огляду на расу, колір шкіри або національне походження прийомних батьків, тимчасового опікуна або дитини;

Відмову будь-якій фізичній особі у можливості стати тимчасовим опікуном або прийомним батьком/ матір'ю з огляду на расу, колір шкіри або національне походження особи або дитини в даній справі.

ПРИКЛАДИ ДИСКРИМІНАЦІЇ

Агенція не надає Вам усного перекладача безкоштовно.

Працівник розповідає певній етнічній групі про більшу кількість програм та послуг, ніж людям з інших етнічних груп.

Ця агенція не надасть Вам версії, надруковані великими літерами або шрифтом Брайля, які Вам потрібні з огляду на інвалідність.

Працівник ставиться до Вас інакше після того, як він/ вона дізналися про Вашу релігію або сексуальну орієнтацію.

Ви не можете призначити зустріч, бо приміщення не має ліфта, і Ви маєте інвалідність, яка обмежує Вашу можливість користування сходами.

Ви не можете в'їхати на своєму інвалідному кріслі до оглядової кімнати, кімнати для співбесід або до туалетів.

Працівник відмовляється використовувати Ваше ім'я та займенники правильно.

ДОПОМОГА З РОЗМІЩЕННЯМ В МЕЖАХ РОЗУМНОГО: СПЕЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Особи з фізичною або психічною інвалідністю мають право звернутися з проханням про необхідні умови для безперешкодного доступу в межах розумного від державних агенцій, щоб допомогти їм отримати доступ та брати участь у програмах та послугах. Якщо Ви маєте інвалідність та Вам потрібна додаткова допомога, Вам потрібно повідомити агенцію, яка відповідає за Вашу заяву або допомогу/ послуги. Агенція повинна співпрацювати з Вами, щоб визначити, яка допомога Вам потрібна. Якщо агенція відмовилась задовольнити Ваше прохання, вона повинна надати Вам письмове повідомлення із вказанням причини відмови. Повідомлення повинне вказати Ваші права для подачі апеляції.