

차별 금지 통지

차별은 법에 위배됩니다. **[Provider Name]** 은(는) 주 및 연방 민권법을 준수합니다.

[Provider Name] 은(는) 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 이유로 사람들을 불법적으로 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

[Provider Name] 은(는) 다음을 제공합니다.

- 장애인의 의사소통을 돕기 위한 다음과 같은 무료 지원 및 서비스:
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 점자, 오디오 또는 접근 가능한 전자 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들을 위한 다음과 같은 무료 언어 서비스:
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 **[Provider Name]** 사이에 **[Provider Office Hours]** 에 연락하여 **[Provider Name]** 에 문의하십시오. 또는 제대로 듣지 못하거나 말할 수 없는 경우 TTY 711 로 연락하십시오. 요청 시 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 또는 접근 가능한 전자 형식으로 제공될 수 있습니다.

불만 사항을 제기하는 방법

[Provider Name] 이(가) 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향에 따라 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 불법적으로 차별을 했다고 생각되면 로스앤젤레스 카운티 공중보건부, 약물 남용 예방 및 통제국에 불만을 제기할 수 있습니다. 전화, 서면, 직접 방문 또는 전자 방식으로 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

- 전화: 약물 남용 예방 및 통제국에 연락하세요. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 1-888-742-7900번으로 연락하여 7번을 누르십시오. 또는 제대로 듣지 못하거나 말할 수 없는 경우 TTY 711로 연락하십시오.

- 서면: 불만 사항 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

약물 남용 예방 및 통제

수신: 불만 사항 및 조사 담당관

1000 S. Fremont Avenue, Building A-9 East, 3rd Floor

Alhambra, California 91803

- 직접 방문: 치료 서비스 제공자 [Provider Name] 을(를) 방문하여 불만을 제기하고 싶다고 알립니다.

- 불만 사항 양식은 <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>에서 제공됩니다.
- 전자 방식: 다음 주소로 이메일을 보내십시오.

SAPC_compliance@ph.lacounty.gov

민권 사무국 — 캘리포니아주 보건 서비스부

전화, 서면 또는 전자 방식으로 캘리포니아 주 보건 서비스부, 민권 사무국에 민권 불만 사항을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: **916-440-7370**으로 연락하십시오. 제대로 말하거나 들을 수 없는 경우 **711(캘리포니아 주 중계소)**로 연락하세요.
- 서면: 불만 사항 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

보건 서비스부 민권 사무국

P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA

95899-7413

불만 제기 양식은 <https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures> 에서 제공됩니다.

- 전자 방식: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

인권 사무국 — 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별을 받았다고 생각되는 경우 전화, 서면 또는 전자 방식으로 미국 보건복지부 인권 사무국에 인권 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: **1-800-368-1019**로 연락하십시오. 제대로 말하거나 들을 수 없는 경우 다음 번호로 연락하십시오.

TTY/TDD 1-800-537-7697.

- 서면: 불만 사항 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

- 불만 사항 제기 양식은

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서

제공됩니다.

- 전자 방식: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 민권 불만
제기 사무소 포털을 방문하십시오.