

## ATTACHMENT E

### Access to Healthcare Title VI Complaint Form

Title VI of the Civil Rights Act of 1964 states "No person in the United States shall, on the ground of race, color or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance."

Please provide the following information necessary in order to process your complaint. Assistance is available upon request. Complete this form and mail or deliver to: ACCESS TO HEALTHCARE, Rob Smith, 4001 S. Virginia St., Suite F, Reno, NV 89502.

Complainant's Name (please print): \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone No. (Home): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

Person discriminated against (if other than complainant)

Name (please print): \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone No. (Home): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

1. What was the discrimination based on? (Check all that apply):

Race

Color

National Origin

2. Date of incident resulting in discrimination: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. Describe how you were discriminated against. What happened and who was responsible? For additional space, attach additional sheets of paper or use back of form.

---



---



---



---

4. Did you file this complaint with another federal, state or local agency, or with a federal or state court? (Check the appropriate space)  Yes  No

If your answer is yes, check each agency that a complaint was filed with:

Federal Agency       Federal Court       State Agency       State Court

Local Agency       Other

5. Provide the contact person information for the agency you also filed the complaint with:

Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Date Filed: \_\_\_\_\_

Sign below and be sure to attach or provide any supporting information that you believe may support your claim.

\_\_\_\_\_

Complainant's Signature

Date

## Access to Healthcare Título Vi Denuncia Forma

Título VI de la ley de derechos civiles de 1964 Estados "ninguna persona en los Estados Unidos, por razón de raza, color u origen nacional, excluida de la participación en, ser negada los beneficios de o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad recibiendo asistencia financiera federal". Dos órdenes ejecutivas extender las protecciones del título VI a la justicia ambiental, que también protege a las personas de bajos ingresos y habilidad limitada de inglés (LEP). Por favor proporcione la siguiente información necesaria para procesar su queja. Asistencia está disponible a petición. Complete este formulario y correo o entregar: ACCESS TO HEALTHCARE, Rob Smith, 4001 S. Virginia St., Suite F, Reno, NV 89502.

El nombre del Querellante (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Domicillio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

Persona discriminada (si no es querellante)

Nombre (por favor imprima): \_\_\_\_\_

Domicillio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de telefono (Home): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_

1. ¿Qué se basa la discriminación? (Marque todas las que apliquen):

Raze

Color de Piel

Pais de Origen

2. Fecha de incidente dando lugar a la discriminación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

3. Describir cómo fueron discriminados. ¿Lo que pasó y quién fue el responsable? Para espacio adicional, adjuntar hojas adicionales de papel o la parte posterior del formulario.

---



---



---



---

4. ¿Presentó esta denuncia con otro federal, estatal o agencia local; o ante un tribunal federal o estatal. (Compruebe el espacio correspondiente)  Sí  No

Si tu respuesta es Sí, compruebe cada agencia que una denuncia con:

- Agencia Federal                       Corte Federal Court                       Agencia Estatal
- Corte Estatal                               Agencia Local                               Otro

5. Proporcionar la información de contacto para la agencia que también presentó la denuncia ante:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de archivo: \_\_\_\_\_

Firmar a continuación y asegúrese de fijar o proporcionar cualquier información de apoyo que usted cree puede apoyar su reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Querellante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ПРИЛОЖЕНИЕ D-РАЗДЕЛ VI ПРОЦЕДУРЫ РАССМОТРЕНИЯ ЖАЛОБ

Процедуры подачи жалоб доступны на веб-сайте ACCESS TO HEALTHCARE и охватывают следующее:

1. Раздел VI Закона о гражданских правах 1964 года
2. Статья 504 Закона о реабилитации 1973 года
3. Закон о восстановлении гражданских прав 1973 года
4. Закон о восстановлении гражданских прав 1987 года
5. Закон об американцах-инвалидах 1990 года
6. Исполнительный указ 12898
7. Исполнительный указ 13166

Любое лицо, определенная категория физических или юридических лиц, которые считают, что они подверглись дискриминации, запрещенной правовыми положениями Раздела VI, по признаку расы, цвета кожи или национального происхождения, может подать официальную жалобу в Управление по гражданским правам ACCESS TO HEALTHCARE. Копия формы жалобы доступна на веб-сайте ACCESS TO HEALTHCARE и может быть доступна в электронном виде по адресу: [www.accesstohealthcare.org](http://www.accesstohealthcare.org)

### Раздел VI Сообщение о жалобах

Жалоба должна быть подана в течение 180 дней с момента предполагаемой дискриминации и включать дату, когда заявителю стало известно о предполагаемой дискриминации, или последнюю дату инцидента.

Жалоба должна быть написана и подписана заявителем и должна содержать:

имя, адрес и номер телефона заявителя (заявителей);

8. подробное описание предполагаемого инцидента, который заставил заявителя поверить в то, что имела место дискриминация;

9. дата предполагаемого акта дискриминации, дата, когда заявителю (заявителям) стало известно о предполагаемой дискриминации, последняя дата совершения деяния или дата или дата прекращения такого поведения;

10. имена и должности сторон, участвующих в жалобе;

11. факты и обстоятельства, связанные с предполагаемой дискриминацией, и основания для жалобы (например, раса, цвет кожи, национальное происхождение, пол, возраст, инвалидность, статус дохода или мести);

12. Имена и контактная информация лиц, с которыми следователь может связаться для получения дополнительной информации в поддержку или разъяснение утверждений; и

13. Меры по исправлению положения, которых добивается заявитель. Жалобы могут быть поданы одним из следующих способов:

1. Заполнив и подписав форму жалобы и доставив ее лично или по почте;

2. Отправив форму жалобы по электронной почте или факсу и отправив подписанный оригинал сотруднику по гражданским правам (CRO); и

3. Для инвалидов, вызвав CRO, где полученная информация будет использоваться для заполнения

Форма жалобы, а затем направляется заявителю для рассмотрения, подписания и возврата.

После получения заполненной жалобы ОЦР определит юрисдикцию, приемлемость или необходимость дополнительной информации и в течение пяти дней подтвердит получение жалобы и предполагаемый порядок действий.

1. NDOT обладает исключительными полномочиями и будет рассматривать все жалобы, поданные против субполучателей NDOT;

2. Жалобы на ДОСТУП К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ в программах, финансируемых Министерством сельского хозяйства США, будут переданы в NDOT и/или USDOT для обработки; и

3. Жалобы в рамках всех других программ, финансируемых из федерального бюджета, подпадают под юрисдикцию и полномочия NDOT.

Для принятия жалоба должна быть:

1. nately подано;

2. Затрагивать покрываемое основание (т. е. расу, цвет кожи или национальное происхождение); и Жалобы могут быть отклонены, если заявитель:

1. Просит отозвать жалобу;

2. Не отвечает на неоднократные запросы о предоставлении дополнительной информации;

3. Отказывается сотрудничать в расследовании; или

4. Не может быть найден после того, как были предприняты разумные попытки связаться с заявителем.

Жалобы, подпадающие под юрисдикцию сотрудника по гражданским правам USDOT-NDOT, будут направлены копия жалобы и предварительного заключения в USDOT-HCR в течение 60 дней. Как только USDOT-HCR вынесет свое окончательное решение, он уведомит NDOT и, NDOT, уведомит все вовлеченные стороны.

Все обвинения в дискриминации будут восприниматься всерьез, и будут приложены все усилия для вынесения справедливого и беспристрастного решения. В тех случаях, когда есть неудовлетворенность определением NDOT, заявитель может подать жалобу непосредственно в соответствующем порядке USDOT:

5. Министерство транспорта США, Федеральное управление автомобильных дорог, подразделение штата Невада 705 Plaza Street #220, Ste. 220, Карсон-Сити, NV89701;

6. Министерство транспорта США, Федеральное управление автомобильных дорог, Управление по гражданским правам, 1200 New Jersey Ave. SE, Вашингтон, округ Колумбия 20590;

7. Министерство транспорта США, Федеральное управление транзита ФТАОффис гражданских прав, 1200 Нью-Джерси Авеню SE, Вашингтон, округ Колумбия

**ДОСТУП К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ Раздел VI Форма жалобы - русский язык**

Раздел VI Закона о гражданских правах 1964 года гласит: «Ни одно лицо в Соединенных Штатах не может быть исключено из участия в какой-либо программе или деятельности, получающей федеральную финансовую помощь, лишено преимуществ или подвергнуто дискриминации по признаку расы, цвета кожи или национального происхождения».

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию, необходимую для обработки вашей жалобы. Помощь предоставляется по запросу. Заполните эту форму и отправьте ее по почте или доставьте по адресу: ДОСТУП К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ, Роб Смит, 4001S. Вирджиния-стрит, люкс F, Рино, Невада 89502.

Имя заявителя (просьба распечатать):  
улицы:  
Почтовый индекс:

Адрес  
Город :Штат: .

Номер телефона (домашний):( Моб.,\_):'----- Лицо,  
подвергнувшееся дискриминации (если оно не является заявителем)

Имя (просьба распечатать):

Адрес: Город:  
Штат: Почтовый индекс: \_

Номер телефона (домашний):( сотовый =-----

1W. На чем основывалась дискриминация? (Отметьте все, что применимо):

Раса  Цвет  Национальное  
происхождение

1. Дата инцидента, приведшего к дискриминации

1. Опишите, как вас дискриминировали. Что произошло и кто несет ответственность? Для дополнительного пространства прикрепите дополнительные листы бумаги или используйте обратную сторону формы.

2. Подавали ли вы эту жалобу в другое федеральное, государственное или местное агентство, а также в федеральный суд или суд штата? {Отметьте соответствующее место}  Да  Нет

Если ваш ответ положительный, проверьте каждое агентство, в которое была подана жалоба:

Федеральное агентство

Местное агентство

Федеральный суд

Прочее

Государственное агентство

Государственный суд

1. Предоставьте информацию о контактном лице агентства, в которое вы также подали жалобу:

Имя:

Адрес: Город:  
Штат: Почтовый индекс :\_ Дата  
подачи:

Подпишите ниже и обязательно приложите или предоставьте любую подтверждающую информацию, которая, по вашему мнению, может поддержать вашу претензию.

## 附件D-标题VI投诉程序

投诉程序可在访问医疗保健网站上找到，涵盖以下内容：

1. 1964年民权法案第六章
2. 1973年《康复法》第504条
3. 1973年民权恢复法案
4. 1987年民权恢复法案
5. 1990年美国残疾人法案
6. 第12898号行政命令
7. 第13166号行政命令

任何认为自己因种族、肤色或国籍状况而受到第六章法律规定所禁止的歧视的个人、特定类别的个人或实体，都可以向 ACCESS TO HEALTHCARE 的民权办公室提出正式投诉。投诉表的副本可在访问医疗保健网站上获得，并可通过以下网站以电子方式访问：  
[www.accesstohealthcare.org](http://www.accesstohealthcare.org)

### 第六章 投诉报告

投诉必须在指称的歧视发生后**180天内提出**，并包括投诉人知道所指称的歧视的日期或事件发生的最后日期。

投诉必须由投诉人书面并签名，并应包括：

投诉人的姓名、地址和电话号码；

8. 对指称事件的详细描述，导致申诉人相信发生了歧视；

9. 指称的歧视行为的日期、投诉人知悉指称歧视的日期、行为的最后日期或行为停止的日期或日期；

10. 投诉所涉各方的姓名和职称；

11. 围绕指称歧视的事实和情况以及投诉的依据（即种族、肤色、国籍、性别、年龄、残疾、收入状况或报复）；

12. 调查人员的姓名和联系信息，调查员可以联系以获取更多信息以支持或澄清指控；和

13. 申诉人要求采取的纠正措施。投诉可以通过以下方法之一提出：

1. 填妥及签署投诉表格，并亲身或邮寄；

2. 通过电子邮件或传真发送投诉表，并将签名的原件发送给民权官员（CRO）；和

3. 对于残疾人，通过致电 CRO，获得的信息将用于完成

投诉表，随后转发给投诉人进行审查、签名和返回。

收到完整的投诉后，CRO 将确定管辖权、可接受性或对额外信息的需求，并在五天内确认收到投诉和预期的行动方案。



1. NDOT拥有唯一权力，并将裁决针对NDOT子收件人提出的所有投诉;
  2. 针对USDOT资助计划中获得医疗保健的投诉将提交给NDOT和/或USDOT进行处理;和
  3. 所有其他联邦资助计划的投诉都属于NDOT的权限和管辖范围。
- 要获得受理，投诉必须是：

1. 无我性地提交;
2. 涉及涵盖的基础 ( 即种族、肤色或国籍 ) ;如果投诉人出现以下情况，投诉可能会被驳回：
  1. 要求撤回投诉;
  2. 未能回应重复要求提供更多信息的请求;
  3. 不配合调查的;或
  4. 在合理尝试联系投诉人后无法找到。

属于USDOT-NDOT民权官员管辖范围的投诉将在 60天内将投诉和初步调查结果的副本转发给USDOT-HCR。一旦USDOT-HCR发布最终决定，它将通知NDOT，NDOT将通知所有相关方。

所有歧视指控都将得到认真对待，并将尽一切努力提供公平和公正的决定。如果对NDOT的决定不满意，投诉人可以直接通过适当的USDOT方式提出投诉：

5. 美国交通部，联邦公路管理局，内华达州分部 705 广场街 #220, Ste. 220, 卡森城, NV89701;
6. 美国交通部，联邦公路管理局，民权办公室 1200 新泽西大道东南，华盛顿特区 20590;
7. 美国交通部，联邦运输管理局 FTA 民权法案，新泽西大道 1200 号，华盛顿特区 20590

#### 获得医疗保健第六章投诉表格 - 中文

1964年《民权法案》第六章规定：“在美国，任何人不得因种族、肤色或民族血统而被排除在接受联邦财政援助的任何计划或活动之外，被剥夺其利益或受到歧视。

请提供以下必要的信息，以便处理您的投诉。酒店可应要求提供帮助。填写此表格并邮寄或递送至：获得医疗保健，Rob Smith, 4001S.弗吉尼亚街，套房F，里诺，NV 89502。

投诉人姓名 ( 请打印 ) :

城市： 街道地址：  
州： 邮编

： \_

电话号码 ( 家庭 ) : ( 如果投诉人除外 )

手机。., \_ , : '----- 受歧视者 (

姓名 ( 请打印 ) :

街道地址：  
邮编

城市： 州：

： \_

电话号码（家庭）：

（手机 =-----

1W。 歧视的依据是什么？（勾选所有适用项）：

种族

颜色  国籍

1. 造成歧视的事件发生日期 = - - - - -

1. 描述你是如何受到歧视的。发生了什么，谁负责？如需额外空间，请附上额外的纸张或使用表单背面。

2. 您是否向其他联邦、州或地方机构或联邦或州法院提交了此投诉？{检查适当的空间}  是  否

如果您的回答是肯定的，请检查向其提出投诉的每个机构：

联邦机构

当地代理

联邦法院

其他

国家机构

州法院

1. 提供您提出投诉的机构的联系人信息：

2. 名字：。

街道地址：  
：

州： 邮编：\_ 提交日期：

城市

请在下面签名，并确保附上或提供您认为可能支持您的索赔的任何支持信息。

投诉人的签名

日期