



Đơn Khiếu Nại Phân Biệt Đối Xử

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services | www.mass.gov/masshealth

Hoàn thành biểu mẫu này nếu quý vị tin rằng MassHealth đã phân biệt đối xử với quý vị hoặc đối xử bất công với quý vị dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật tôn giáo, xu hướng tính dục của quý vị (bao gồm giới tính, mang thai, sinh con và các tình trạng y tế liên quan). Quý vị có thể gửi khiếu nại cho chính mình hoặc cho người khác.

Hướng dẫn về cách gửi khiếu nại và yêu cầu hỗ trợ bổ sung được nêu ở cuối biểu mẫu này. Lưu ý: Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị và các cá nhân hoặc tổ chức liên quan khác khi điều tra khiếu nại của quý vị.

Vui lòng nhập hoặc viết in hoa rõ ràng.

Tên _____ Họ _____

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Bang _____ Mã Zipcode _____

Email (nếu có) _____ Số điện thoại _____

Ngày sinh hoặc số ID MassHealth _____

Quý vị có gửi khiếu nại này cho người khác không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, đó là ai? _____

Tôi tin rằng tôi đã (hoặc người khác đã) bị phân biệt đối xử dựa trên cơ sở:

☐ Chủng tộc/Màu da/Nguồn gốc Quốc gia

☐ Tuổi

☐ Khuyết tật

☐ Tôn giáo

☐ Xu hướng tính dục

☐ Giới tính (bao gồm giới tính, mang thai, sinh con và các tình trạng y tế liên quan)

☐ Khác (nêu rõ): _____

Quý vị tin rằng sự phân biệt đối xử xảy ra khi nào?

Liệt kê (các) ngày. _____

Quý vị tin rằng sự phân biệt đối xử xảy ra ở đâu trong cơ quan MassHealth?

Mô tả ngắn gọn những gì đã xảy ra. Làm thế nào và tại sao quý vị tin rằng mình đã (hoặc người khác đã) bị phân biệt đối xử?

Vui lòng trả lời càng cụ thể càng tốt. Đính kèm các trang bổ sung nếu cần.

Tôi hiểu rằng bằng cách gửi biểu mẫu này, tôi đang nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử với cơ quan MassHealth. Tôi xác nhận rằng thông tin tôi đã cung cấp trên biểu mẫu này là đúng theo hiểu biết của tôi.

Chữ ký _____ Ngày (tháng/ngày/năm) _____

Quý vị có cần bất kỳ trợ giúp về cách thức liên lạc nào sau đây không?

☐ Phiên dịch ngôn ngữ ký hiệu (ghi rõ loại) _____

☐ Phiên dịch ngôn ngữ (ghi rõ ngôn ngữ) _____

☐ Khác (nêu rõ): _____

Để gửi khiếu nại, hãy gửi một bản sao có chữ ký qua thư bưu điện, fax hoặc e-mail cho Section 1557 Compliance Coordinator (Điều phối viên Tuân thủ Mục 1557).

Bằng thư: Section 1557
Compliance Coordinator1 Ashburton Place, 10th Floor
Boston, MA 02108

Bằng Fax: 617-889-7862

Bằng e-mail: Section1557Coordinator@state.ma.us

Nếu quý vị cần trợ giúp gửi biểu mẫu này hoặc cần các định dạng thay thế, hãy liên lạc với Compliance Coordinator (Điều phối viên Tuân thủ) theo số (617) 573-1704, TDD/TTY: 711 hoặc (617) 573-1696; bằng fax theo số (617) 889-7862; hoặc qua email theo địa Section1557Coordinator@state.ma.us.