



Formulário de Reclamação de Discriminação

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

Preencha este formulário se você acredita que o MassHealth discriminou contra você ou tratou você de forma injusta com base em sua raça, cor, origem nacional, idade, deficiência, religião, orientação sexual ou sexo (incluindo identidade de gênero, gravidez, parto e condições médicas relacionadas). Você pode apresentar uma reclamação para si mesmo(a) ou para outra pessoa.

Instruções sobre como apresentar a reclamação e solicitar assistência adicional estão detalhadas no final deste formulário. Observação: poderemos contatar você e outras pessoas físicas ou jurídicas relevantes durante a investigação da sua reclamação.

Digite ou use letra de fôrma

Nome _____ Sobrenome _____

Endereço de correspondência _____

Cidade _____ Estado _____ Código postal _____

E-mail (se disponível) _____ No. de telefone _____

Data de nascimento ou número de ID do MassHealth _____

Você está apresentando esta reclamação em nome de outra pessoa? Sim Não

Se Sim, em nome de quem? _____

Acredito que fui (ou alguém foi) discriminado(a) com base em:

Raça/cor/origem nacional

Idade

Deficiência

Religião

Orientação sexual

Sexo (incluindo identidade de gênero, gravidez, parto e condições médicas relacionadas)

Outros (especifique): _____

Quando você acredita ter ocorrido a discriminação?

Relacione a(s) data(s). _____

Onde dentro da agência do MassHealth você acredita ter ocorrido a discriminação?

Descreva brevemente o que aconteceu. Como e por que você acredita que foi (ou alguém foi) discriminado(a)?

Seja o mais específico(a) possível. Anexe folhas adicionais, se necessário.

Entendo que ao enviar este formulário estou apresentando uma reclamação de discriminação à agência do MassHealth. Certifico que, pelo que eu saiba, as informações que forneci neste formulário são verdadeiras.

Assinatura _____ Data (mm/dd/aaaa) _____

Você precisa de algum dos seguintes recursos de comunicação?

- Interpretação na língua de sinais (especifique o tipo) _____
- Idioma da interpretação (especifique o idioma) _____
- Outros (especifique): _____

Para apresentar uma reclamação, envie uma cópia assinada por correio, fax ou e-mail para o Coordenador de Conformidade da Seção 1557.

Pelo correio: Section 1557 Compliance Coordinator
1 Ashburton Place, 10th Floor
Boston, MA 02108

Por fax: 617-889-7862

Por e-mail Section1557Coordinator@state.ma.us

Se precisar de ajuda para enviar este formulário ou precisar de formatos alternativos, entre em contato com o Coordenador de Conformidade pelo telefone (617) 573-1704, TDD/TTY: 711 ou (617) 573-1696; pelo fax (617) 889-7862; ou pelo e-mail Section1557Coordinator@state.ma.us.