



歧视申诉表

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

如果您认为 MassHealth 因您的种族、肤色、原国籍、年龄、残障、宗教、性取向或性别(包括性别认同、怀孕、分娩和相关疾病)歧视或不公平对待您,请填写本表。您可以为您本人或其他人提交投诉。

本表末尾概述了如何提交投诉和请求其他帮助的说明。注意:在调查您的投诉时,我们可能会与您和其他相关个人或实体联系。

请打字或用大写字母清楚地填写。

名 _____ 性 _____

邮寄街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

电子邮件(如有) _____ 电话号码 _____

出生日期或 MassHealth ID 号码 _____

您是否代表其他人提交本投诉? ☐ 是 ☐ 否

如果选择“是”,这是谁? _____

我认为我(或其他人)因以下原因遭受歧视:

☐ 种族/肤色/国籍

☐ 年龄

☐ 残障

☐ 宗教

☐ 性取向

☐ 性别(包括性别认同、怀孕、分娩和相关疾病)

☐ 其他(请具体说明): _____

您认为歧视发生在何时?

列出日期。 _____

您认为歧视发生在 **MassHealth** 机构内的哪个部门?

请简要描述当时的情形。您认为您(或其他人)如何和为什么遭受歧视?

请尽可能具体描述。如果需要, 请附加纸页。

我理解提交本表即表示我向 **MassHealth** 机构提交歧视投诉。我保证, 据我所知我在本表中提供的信息准确无误。

签名 _____ 日期(月/日/年) _____

您是否需要以下任何沟通辅助工具?

☐ 手语翻译(请说明哪一种类型) _____

☐ 语言翻译(请说明哪一种语言) _____

☐ 其他(请具体说明): _____

如需提交申诉, 请通过邮寄、传真或电子邮件将签名副本发送给第 1557 条合规协调员。

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

传真: 617-889-7862

电子邮件: Section1557Coordinator@state.ma.us

如果您在提交本表时需要帮助或需要其他格式, 请电洽合规协调员, 电话 (617) 573-1704 TDD/TTY: 711 或 (617) 573-1696; 传真 (617) 889-7862; 或发电子邮件至 Section1557Coordinator@state.ma.us。