Commonwealth of Massachusetts

Executive Office of Health and Human Services

www.mass.gov/masshealth

# 歧视申诉表

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

姓

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/原国籍

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。