

နိုင်ငံသား အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်
(CIVIL RIGHTS COMPLAINT)

ဤနိုင်ငံသား အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်ပုံစံသည် ပရိုဂရမ်ပေါ်မူတည်၍ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဇာတိ၊ လိင် (လိင်စိတ်ခံယူချက်နှင့် လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှုအပါအဝင်)၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှုနှင့် အချို့အခြေအနေများတွင် ဘာသာအယူဝါဒ သို့မဟုတ် နိုင်ငံရေးယုံကြည်ချက်ပေါ်အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုနှင့် ရန်တုံ့နှင်းခြင်း သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်ခြင်းဆိုင်ရာ စွပ်စွဲချက်များအား လုပ်ငန်းတွင်း DHS စုံစမ်းစစ်ဆေးမှုများအတွက် Wisconsin Department of Health Services (ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုဌာန) (DHS) ပရိုဂရမ် သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုမှန်သမျှနှင့်ဆိုင်သော အဖွဲ့ဝင်များ၊ လျှောက်ထားသူများ၊ စာရင်းသွင်းသူများနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူများအနေဖြင့် ပေးပို့တိုင်ကြားနိုင်စေရန် ဖြစ်သည်။ **အလုပ်ခန့်ထားမှုတွင်ဖြစ်စေ၊ DHS ပရိုဂရမ်များ သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှုများနှင့်ဆိုင်သော ကိစ္စရပ်များတွင်ဖြစ်စေ ခွဲခြားဆက်ဆံမှုဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်များကို ဤရုံးက စုံစမ်းစစ်ဆေးမည်မဟုတ်ပါ။**

အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု Department of Health and Human Services (ကျန်းမာရေးနှင့် ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုဌာန) (HHS) က ငွေကြေးထောက်ပံ့သည့် DHS ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် အကျိုးခံစားခွင့်များ (ဥပမာ၊ Medicaid/BadgerCare) နှင့်ပတ်သက်သည့် တိုင်ကြားချက်များကိုလည်း HHS တံ တင်သွင်းနိုင်သည်။ Supplemental Nutrition Assistance Program (ဖြည့်စွက်အာဟာရ အကူအညီ ပရိုဂရမ်၊ SNAP)/FoodShare Wisconsin နှင့်ပတ်သက်သည့် တိုင်ကြားချက်များကို United States Department of Agriculture (အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန၊ USDA) တံ တင်သွင်းနိုင်သည်။ Women, Infants, and Children (အမျိုးသမီးများ၊ ရင်သွေးငယ်များနှင့် ကလေးများ၊ WIC)၊ The Emergency Food Assistance Program (အရေးပေါ်အစားအစာ ထောက်ပံ့မှု ပရိုဂရမ်၊ TEFAP)၊ Commodity Supplemental Food Program (ဖြည့်စွက်စားသောက်ကုန် ထောက်ပံ့မှု ပရိုဂရမ်၊ CSFP) သို့မဟုတ် SNAP မဟုတ်သော အခြား USDA ပရိုဂရမ်နှင့်ပတ်သက်သည့် တိုင်ကြားချက်မှန်သမျှကို USDA တံ တင်သွင်းရမည်။ ကိစ္စရပ်အများစုတွင် တိုင်ကြားချက်များကို စွပ်စွဲထားသည့် ခွဲခြားဆက်ဆံသောလုပ်ရပ် ဖြစ်ပွားပြီး ရက် 180 အတွင်း လက်ခံရရှိရမည်။ ဤပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရာတွင် လမ်းညွှန်ချက်များအတွက် www.dhs.wisconsin.gov/forms/f8/f80983a.pdf ရှိ ညွှန်ကြားချက်များကို ကြည့်ပါ။

အပိုင်း I - မည်သူက ခွဲခြားဆက်ဆံခဲ့ရသနည်း သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်ခဲ့ရသနည်း။

ဖြည့်စွက်သည့်ရက်စွဲ-

အမည် ပထမစာလုံး	အလယ်အက္ခရာ အစစာလုံး	အမည် နောက်ဆုံးစာလုံး	
စာပို့ရန်လိပ်စာ - လမ်း	မြို့	စာပို့ကုန်	ကောင်တီ
ဦးစားပေးဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ်	အခြားဆက်သွယ်ရန် ဖုန်းနံပါတ်	အီးမေးလ်လိပ်စာ	ဖက်စ်

တိုင်ကြားသူ၏ တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ရထားသော ဥပဒေရေးရာ ကိုယ်စားလှယ်

အပိုင်း II - မည်သည့်ပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းက သင် (သို့မဟုတ် အခြားသူတစ်ဦးဦး) ကို ခွဲခြားဆက်ဆံခဲ့သည် သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်ခဲ့သည်ဟု သင်ယူဆသနည်း။

အမည် (အေဂျင်စီ၊ Medical Assistance ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် လုပ်ငန်း)	အေဂျင်စီ၊ Medical Assistance ဝန်ဆောင်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် လုပ်ငန်း၏ အမျိုးအစား		
အမည် - သိလျှင် တာဝန်ရှိပုဂ္ဂိုလ်	အဖွဲ့အစည်းတွင် တမ်းဆောင်နေသည့်ရာထူး		
လိပ်စာ	မြို့	စာပို့ကုန်	ကောင်တီ
ဖုန်းနံပါတ် - ဧရိယာကုန်နှင့် လိုင်းခွဲနံပါတ် ထည့်ပါ	လိုင်းခွဲ	အီးမေးလ်လိပ်စာ	

အပိုင်း III - ခွဲခြားဆက်ဆံမှု သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်မှုခံရခြင်းမှာ မည်သည့်အကြောင်းရင်းကြောင့်ဖြစ်သည်ဟု သင်ဆိုနိုင်သနည်း။

မည်သည့် DHS ပရိုဂရမ် (ဥပမာ၊ BadgerCare Plus၊ Medicaid၊ SeniorCare၊ Supplemental Nutrition Assistance Program (ဖြည့်စွက်အာဟာရ အကူအညီ ပရိုဂရမ်၊ SNAP)/FoodShare Wisconsin နှင့် Include, Respect, I Self-Direct (ပါဝင်မှု၊ လေးစားမှု၊ ကိုယ်တိုင်ညွှန်ကြားမှု၊ IRIS)၊ Family Care၊ FoodShare Employment and Training (FoodShare အလုပ်ခန့်ထားမှုနှင့် လေ့ကျင့်မှု၊ FSET)၊ Refugee Health Program (ဒုက္ခသည်ကျန်းမာရေး ပရိုဂရမ်) တွင် သင်က အဖွဲ့ဝင်၊ လျှောက်ထားသူ၊ စာရင်းသွင်းသူ သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ မည်သူ ဖြစ်သနည်း။

ခွဲခြားဆက်ဆံမှု သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်မှုခံရခြင်းမှာ အောက်ပါတို့အနက် မည်သည့်အကြောင်းရင်းကြောင့်ဖြစ်သည်ဟု သင်ဆိုနိုင်သနည်း။ (အပိုင်း I တွင် ဖော်ပြထားသည့်) တိုင်ကြားသူက ခွဲခြားဆက်ဆံခဲ့ရသော/လက်တုံ့ပြန်ခဲ့ရသော အကြောင်းရင်းဟု ဆိုနိုင်သည့် အကွက်ကို အမှန်ဖြစ်ပါ။

<input type="checkbox"/> လူမျိုး	<input type="checkbox"/> အသားအရောင်	<input type="checkbox"/> နိုင်ငံဇာတိ သို့မဟုတ် အင်္ဂလိပ်စာကျွမ်းကျင်မှု အားနည်းခြင်း ဦးစားပေး ဘာသာစကား-
<input type="checkbox"/> လိင်/လိင်အမျိုးအစား/လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှု	<input type="checkbox"/> အသက်အရွယ်	
<input type="checkbox"/> မသန်စွမ်းမှု	<input type="checkbox"/> ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ/အယူဝါဒ	
<input type="checkbox"/> နိုင်ငံရေးဆက်သွယ်မှု	<input type="checkbox"/> လက်တုံ့ပြန်ခြင်း/ရန်တုံ့နှင်းခြင်း	

ခွဲခြားဆက်ဆံမှုဖြစ်ရပ် နောက်ဆုံးဖြစ်ပွားခဲ့သည့် ရက်စွဲကို ဖော်ပြပါ-

အပိုင်း IV – မည်ကဲ့သို့ ခွဲခြားဆက်ဆံသော သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်သော လုပ်ရပ်ကို သင်တွေ့ကြုံခံစားခဲ့ရသနည်း။

ဤအပိုင်းကို အပြည့်အစုံ ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်သလို အပိုစာရွက်များ သုံးပါ။

1. အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုများ သို့မဟုတ် DHS ပရိုဂရမ်တစ်ခုခု ဝင်ရောက်ခွင့် ရယူရာတွင် ခွဲခြားဆက်ဆံခံခဲ့ရသည်ဟု သင်ယူဆသည့် ဖြစ်ရပ်များကို ဖော်ပြပါ။
2. လုပ်ရပ်တစ်ခုစီ ဖြစ်ပျက်ခဲ့သည့် ရက်စွဲနှင့် ထိုလုပ်ရပ်ကို လုပ်ခဲ့သည့်ပုဂ္ဂိုလ်၏ အမည်ကို ဖော်ပြပေးပါ။
3. အပိုင်း III ဌာန သင်အမှန်ဖြစ်ထားသည့် အကွက်(များ)ကြောင့် ထိုလုပ်ရပ်ဖြစ်ခဲ့သည်ဟု သင်အဘယ်ကြောင့် ယူဆရသည်ကို ရှင်းပြပါ။

အပိုင်း V – သင့်တိုင်ကြားချက်ကို ပေးပို့ပါ

စာပို့ရန် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ပို့ရန်
 Department of Health Services
 Civil Rights Compliance
 1 West Wilson Street, Room 651
 PO Box 7850
 Madison, WI 53707-7850

608-267-4955 (အသံစနစ်)၊ 608-267-1434 (ဖက်စ်)
 711 သို့မဟုတ် 1-800-947-3529 (TTY)
 အီးမေးလ်- DHSCRC@dhs.wisconsin.gov

ဤတိုင်ကြားချက်ကို ရေးသားဖြည့်စွက်ရာတွင် ဘာသာစကား အကူအညီ သို့မဟုတ် ညှိနှိုင်းစီစဉ်မှု လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပါ။

ဤပုံစံတွင် သုံးထားသော ဝေါဟာရများ၊ စကားလုံးများနှင့်ပတ်သက်၍ မေးမြန်းလိုသည်များရှိလျှင်ဖြစ်စေ၊ ဤပုံစံကို ဖြည့်ရာတွင် အခြားအကူအညီ လိုအပ်လျှင်ဖြစ်စေ ကျွန်ုပ်တို့ကို ဆက်သွယ်ပါ။

ခွဲခြားဆက်ဆံမှုမရှိကြောင်း အသိပေးချက်- ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းသည် ဥပဒေကို ချိုးဖောက်ရာရောက်သည် - ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုနှင့်ဆိုင်သော ပရိုဂရမ်များ

Wisconsin Department of Health Services (ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုဌာန) သည် သက်ဆိုင်ရာ ဖက်ဒရယ် နိုင်ငံသားအခွင့်အရေး ဥပဒေများကို လိုက်နာပြီး လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဇာတိ၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ သို့မဟုတ် လိင် (ကိုယ်ဝန်ရှိခြင်း၊ လိင်စိတ်တိမ်းညွတ်မှုနှင့် လိင်စိတ်ခံယူချက် အပါအဝင်) တို့အပေါ် အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း မရှိပါ။ Department of Health Services (ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုဌာန) အနေဖြင့် လူများကို ၎င်းတို့၏ လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဇာတိ၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်အမျိုးအစားကြောင့် ထုတ်ပယ်ခြင်း သို့မဟုတ် မတူကွဲပြားစွာ ဆက်ဆံခြင်းကိုလည်း မပြုလုပ်ပါ။

Department of Health Services (ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုဌာန)-

- မသန်စွမ်းသူများအား ကျွန်ုပ်တို့နှင့် ထိရောက်စွာ ဆက်သွယ်ပြောဆိုနိုင်စေရန်အတွက် အောက်ပါတို့ကဲ့သို့ အခမဲ့အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို ပံ့ပိုးပေးပါသည်-
 - အရည်အချင်းပြည့်မီသော လက်ဟန်ပြဘာသာစကား စကားပြန်များ။
 - အခြားပုံစံများဖြင့် ရေးသားထားသော အချက်အလက်များ (ပုံနှိပ်စာလုံးအကြီး၊ အော်ဒီယို၊ အလွယ်တကူဖတ်ရှုနိုင်သော အီလက်ထရောနစ်ပုံစံများ၊ အခြားပုံစံများ။
- မိခင်ဘာသာစကားမှာ အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားမဟုတ်သူများအတွက် အောက်ဖော်ပြပါ အခမဲ့ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ပံ့ပိုးပေးပါသည်-
 - အရည်အချင်းပြည့်မီသော စကားပြန်များ။
 - အခြားဘာသာစကားများဖြင့် ရေးသားထားသော အချက်အလက်များ။

သင့်အနေဖြင့် အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများကို လိုအပ်ပါက Department of Health Services (ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုဌာန) ရှိ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်သူ ဖုန်းနံပါတ် 844-201-6870 သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

Department of Health Services (ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုဌာန) သည် ထိုဝန်ဆောင်မှုများကို ပေးအပ်ရန် ပျက်ကွက်ခဲ့သည် သို့မဟုတ် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ နိုင်ငံဇာတိ၊ အသက်အရွယ်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်အပေါ်အခြေခံ၍ အခြားနည်းဖြင့် ခွဲခြားဆက်ဆံခဲ့သည်ဟု သင်ယူဆပါက မကျေနပ်ချက်ကို အောက်ပါနေရာသို့ တိုင်ကြားနိုင်ပါသည်- Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711။ ဖက်စ်- 608-267-1434 သို့မဟုတ် dhsrcc@dhs.wisconsin.gov သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါ။ မကျေနပ်ချက်ကို စာတိုက်မှဖြစ်စေ၊ ဖက်စ် သို့မဟုတ် အီးမေးလ်ဖြင့်ဖြစ်စေ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်။ မကျေနပ်ချက် တင်သွင်းရာတွင် အကူအညီ လိုအပ်ပါက Department of Health Services (ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုဌာန) ရှိ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်သူအနေဖြင့် သင့်ကို ကူညီပေးနိုင်ပါသည်။

နိုင်ငံသား အခွင့်အရေးဆိုင်ရာ တိုင်ကြားချက်ကို အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု ကျန်းမာရေးနှင့် ပြည်သူ့ဝန်ဆောင်မှုဌာန၊ နိုင်ငံသားအခွင့်အရေးဆိုင်ရာရုံးထံသို့ Office for Civil Rights Complaint Portal (နိုင်ငံသား အခွင့်အရေးဆိုင်ရာရုံး တိုင်ကြားမှုပေါ်တယ်) ၏ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> မှတစ်ဆင့် အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့်ဖြစ်စေ၊ အောက်ပါအတိုင်း လိပ်စာပို့၍ဖြစ်စေ၊ ဖုန်းဖြင့်ဆက်သွယ်၍ဖြစ်စေ တင်သွင်းနိုင်ပါသည်-

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

တိုင်ကြားချက်ပုံစံများကို <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> တွင် ရရှိနိုင်ပါသည်။

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzsch, kansch du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p>Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>

ထပ်ဆောင်း အာဟာရ အထောက်အပံ့ အစီအစဉ် (အက်စ်အန်အေဘီ) နှင့် အိန္ဒိယန်း ရီဖာပေးရှင်း (အက်စ်ဒီပီအိုင်အာ) အတွက် အစားအစာ ဖြန့်ချိရေး အစီအစဉ်အတွက် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ အေဂျင်စီများ နှင့် ၎င်းတို့၏ လက်အောက်ခံများအနေဖြင့် အောက်ပါ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း ဖော်ပြချက်ကို မဖြစ်မနေ ပြထားရမည်။

ပြည်ထောင်စု မြို့ပြအခွင့်အရေး ဥပဒေ နှင့် အမေရိက စိုက်ပျိုးရေးဌာန (ယူအက်စ်ဒီအေ) မြို့ပြအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများ နှင့် မူဝါဒများအရ ဤအဖွဲ့အစည်းသည် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မူလနိုင်ငံ၊ ကျားမ (လိင်ရပ်တည်ချက် နှင့် လိင်ကိုင်ညွှန်မှုအပါအဝင်)၊ ဘာသာရေးခံယူကိုးကွယ်မှု၊ ချို့ယွင်းချက်၊ အသက်၊ နိုင်ငံရေး ယုံကြည်ချက် သို့မဟုတ် ယခင် မြို့ပြအခွင့်အရေးလှုပ်ရှားမှုများအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်း အပေါ်အခြေခံပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို တားမြစ်ပါသည်။

အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားအပြင် အခြားဘာသာစကားဖြင့်လည်း ရှိပါသည်။ ကိုယ်အင်္ဂါမသန်စွမ်း သူများအနေဖြင့် အစီအစဉ်၏ အချက်အလက်များကို သိရန် အခြားဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်းများ (ဥပမာ။ ။ မျက်မမြင်စာ၊ ပိုကြီးသော စာလုံး၊ အသံတိတ်၊ အမေရိကန် သင်္ကေတဘာသာစကား)ကို လိုအပ်လျှင် ၎င်းတို့က အကျိုးခံစားခွင့်များကို လျှောက်ထားသော အေဂျင်စီ (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ)ကို ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ နားမကြားသော၊ အကြားအာရုံ အခက်အခဲရှိသော သို့မဟုတ် စကားပြောချို့ယွင်းချက်များရှိသောသူများအနေဖြင့် ယူအက်စ်ဒီအေ ထံသို့ ပြည်ထောင်စု ရီလေး ဝန်ဆောင်မှု (800) 877-8339 မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်နိုင်သည်။

အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုကို တိုင်တန်းရန် တိုင်တန်းသူသည် အွန်လိုင်းတွင် <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-burmese.pdf> မှ

ယူအက်စ်ဒီအေ ရုံး ထံမှ၊ (833) 620-1071 ထံသို့ဖုန်းဆက်ပြီး သို့မဟုတ် ယူအက်စ်ဒီအေထံသို့စာရေးပြီး ရယူနိုင်သော ယူအက်စ်ဒီအေ အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး

ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုအကြောင်းတိုင်းတန်းသည့်ပုံစံ ပုံစံ AD-3027 ကိုဖြည့်စွက်ရမည်။ စာတွင် တိုင်တန်းသူ၏အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ် နှင့် မြို့ပြအခွင့်အရေးအတွက် လက်ထောက်အတွင်းရေးမှူး (အေအက်စ်စီအာ) အား မြို့ပြအခွင့်အရေးကို ချိုးဖောက်ခံရသည့် အခြေအနေ၊ ရက်စွဲ နှင့် အကျိုးအကြောင်းကို နားလည်သဘောပေါက်ရန် လုံလောက်သော အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ပါဝင်ရမည်။ ဖြည့်စွက်ပြီးသော AD-3207 ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို ဧ အောက်ပါလိပ်စာသို့ အောက်ပါနည်းလမ်းများဖြင့် မဖြစ်မနေ ပေးပို့ပါ။

- (1) **စာတိုက်မှတစ်ဆင့်**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; သို့မဟုတ်
- (2) **ဖက်စ်ဖြင့်**
(833)-256-1665 သို့မဟုတ် (202)-690-7442; သို့မဟုတ်
- (3) **အီးမေးလ်ဖြင့်**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် အခွင့်အရေးတန်းတူညီတူပေးသည့် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုဖြစ်ပါသည်။

အခြား အက်ဖ်အန်အက်စ် အထောက်အပံ့ အစီအစဉ်အားလုံးအတွက် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ အေဂျင်စီများ နှင့် ၎င်းတို့၏ လက်အောက်ခံများအနေဖြင့် အောက်ပါ ခွဲခြားမဆက်ဆံခြင်း ဖော်ပြချက်ကို မဖြစ်မနေ ပြထားရမည်။

ပြည်ထောင်စု မြို့ပြအခွင့်အရေး ဥပဒေ နှင့် အမေရိက စိုက်ပျိုးရေးဌာန (ယူအက်စ်ဒီအေ) မြို့ပြအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများ နှင့် မူဝါဒများအရ ဤအဖွဲ့အစည်းသည် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မူလနိုင်ငံ၊ ကျားမ (လိင်ရပ်တည်ချက် နှင့် လိင်ကိုင်ညွှန်မှုအပါအဝင်)၊ ချို့ယွင်းချက်၊ အသက် သို့မဟုတ် ယခင် မြို့ပြအခွင့်အရေးလှုပ်ရှားမှုများအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်း အပေါ်အခြေခံပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို တားမြစ်ပါသည်။

အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားအပြင် အခြားဘာသာစကားများဖြင့်လည်း ရှိပါသည်။ ကိုယ်အင်္ဂါမသန်စွမ်း သူများအနေဖြင့် အစီအစဉ်၏ အချက်အလက်များကို သိရန် အခြားဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်းများ (ဥပမာ။ ။ မျက်မမြင်စာ၊ ပိုကြီးသော စာလုံး၊ အသံတိတ်၊ အမေရိကန် သင်္ကေတဘာသာစကား)ကို လိုအပ်လျှင် အစီအစဉ် ကို တာဝန်ယူသော ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရအေဂျင်စီ သို့မဟုတ် ယူအက်စ်ဒီအေ ၏ တားဂတ် စင်တာ ထံ (202) 720-2600 (အသံ သို့မဟုတ် တီတီဒိုင်) သို့ ဆက်သွယ်နိုင်သည် သို့မဟုတ် ယူအက်စ်ဒီအေ ထံသို့ ပြည်ထောင်စု ရီလေး ဝန်ဆောင်မှု (800) 877-8339 မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုကို တိုင်တန်းရန် တိုင်တန်းသူသည် အွန်လိုင်းတွင် <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-burmese.pdf> မှ

ယူအက်စ်ဒီအေ ရုံး ထံမှ၊ (866)-632-9992 ထံသို့ဖုန်းဆက်ပြီး သို့မဟုတ် ယူအက်စ်ဒီအေထံသို့စာရေးပြီး ရယူနိုင်သော ယူအက်စ်ဒီအေ အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုအကြောင်းတိုင်းတန်းသည့်ပုံစံ ပုံစံ AD-3027 ကိုဖြည့်စွက်ရမည်။ စာတွင် တိုင်တန်းသူ၏အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ် နှင့် မြို့ပြအခွင့်အရေးအတွက် လက်ထောက်အတွင်းရေးမှူး (အေအက်စ်စီအာ)အား မြို့ပြအခွင့်အရေးကို ချိုးဖောက်ခံရသည့် အခြေအနေ၊ ရက်စွဲ နှင့် အကျိုးအကြောင်းကို နားလည်သဘောပေါက်ရန် လုံလောက်သော အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ပါဝင်ရမည်။ ဖြည့်စွက်ပြီးသော AD-3207 ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA ထံအောက်ပါလိပ်စာသို့ အောက်ပါနည်းလမ်းများဖြင့် မဖြစ်မနေ ပေးပို့ပါ။

- (1) **စာတိုက်မှတစ်ဆင့်**
 U.S. Department of Agriculture
 Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
 1400 Independence Avenue, SW
 Washington, D.C. 20250-9410; သို့မဟုတ်
- (2) **ဖက်စ်ဖြင့်**
 (833) 256-1665 သို့မဟုတ် (202) 690-7442; သို့မဟုတ်
- (3) **အီးမေးလ်ဖြင့်**
program.intake@usda.gov

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် အခွင့်အရေးတန်းတူညီတူပေးသည့် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုဖြစ်ပါသည်။