

您是否需要帮助来填写此表？

如果您需要帮助，请拨打免费电话 1-844-882-7889 或 711 (TTY)：

- 一名口译人员 (免费服务)；
- 以英语、西班牙语、俄语、越南语、简体中文或索马里语提供此表格；
- 以大字体、音频、盲文或其他格式提供此表格；
- 解答您对于此表格的疑问。

您是否想要报告俄勒冈州卫生局某项计划中存在的歧视问题？如果是，请填写此重要表格。

请完整填写此表，以便报告基于下列任何因素的歧视问题：

- | | | |
|------------|--------|------------------------|
| • 性取向； | • 宗教； | • 婚姻状况； |
| • 性别认同； | • 残障； | • 因填写歧视报告而遭受报复；或 |
| • 种族； | • 年龄； | • 受法律保护的任何其他类别（请参阅 |
| • 肤色； | • 性别； | 俄勒冈州行政法规 943-005-0000 |
| • 国籍； | • 怀孕； | 至 943-005-0070，以查看更多详细 |
| • 有限的英语能力； | • 性骚扰； | 信息）。 |

俄勒冈州卫生局 (OHA) 公平与包容办公室 (OEI) 将仔细审阅此表格上的信息。

在我们收到此表格后的 7 天内，您将收到我们寄给您的信。

信件将告知您，我们收到了您的歧视报告，以及公平与包容办公室是否有权利对其采取行动。

如果公平与包容办公室无法对您的报告内容采取行动，我们也将告知您哪个办公室可以对其采取行动。我们可能需要您的许可，以在调查期间使用您的姓名。请阅读并签署“俄勒冈州卫生局信息使用和披露授权书”，并将其与您的歧视报告一同归还。（授权书附于该文件的后面部分。）

俄勒冈州卫生局政策规定，不得因您填写歧视报告而对您进行恐吓、威胁、强迫、歧视或报复等行为。

请注意：

填写歧视报告不同于如果您因收到否决您的健康服务的诉讼通知而要求申诉或举行听证。此歧视报告与诉讼通知或申诉决议通知没有关联。

如果您收到否决您所要求的健康服务的诉讼通知，您可以要求您的 CCO/健康计划进行申诉，或要求俄勒冈州卫生局举行听证会，或要求两者均进行。您必须在“通知日期”的 **45** 天内呈递您的听证申请表格。

如需有关申诉或听证的更多信息，请访问 <https://apps.state.or.us/Forms/Served/he9040d.pdf>，参阅“俄勒冈州健康计划客户提示单 4 - 申诉和听证”。您也可以拨打 1-800-273-0557 或 711 (TTY)，联系俄勒冈州健康计划客户服务部门。

有关歧视报告的信息

请使用正楷或打印签名 – 如有必要, 请另附纸张。

日期: _____

1A. _____

遭受歧视的人员姓名

地址

城市

州

邮政编码

家庭电话/手机

工作电话

其他

出生日期

OHP编号 (如适用)

首选语言:

您希望我们以哪种方式联系您? ☐ 电话 ☐ 电子邮件 ☐ 其他

联系您的最合适时间: _____ (日期/时间)

我们可以通过电子邮件联系您吗? ☐ 是 ☐ 否 电子邮件: _____

如果您是为其他人员填写该歧视报告, 请填写下方信息:

1B. _____

为遭受歧视的人员填写此表格者的姓名

地址

城市

州

邮政编码

家庭电话/手机

工作电话

其他

首选语言:

您希望我们以哪种方式联系您? ☐ 电话 ☐ 电子邮件 ☐ 其他

联系您的最合适时间: _____ (日期/时间)

我们可以通过电子邮件联系您吗? ☐ 是 ☐ 否 电子邮件: _____

2. 请为我们提供您认为发生歧视的个人/团体/机构/办公室的信息。

姓名

电话号码 (如果已知)

机构或部门名称/大楼或设施位置

发生所指称的歧视的最近日期

所指称的歧视事件是否发生在 180 天之前?
如果是, 请告知我们为何您现在填写歧视报告:

☐ 是

☐ 否

3. 您是否被拒绝进入设施或大楼?

☐ 是

☐ 否

大楼/设施名称

街道地址

城市

州

邮政编码

4. 您是否被拒绝进入或参加一项计划、服务或活动?

☐ 是

☐ 否

如果是, 请填写下方信息:

计划名称

日期

时间

5. 请告知我们发生的具体事件。请包括以下信息:

- 所有涉及的人员清单, 包括姓氏、名字和职衔 (如果已知);
- 所涉及人员使用的确切词语或行为;
- 日期;
- 时间;
- 每个涉及人员的联系信息 (如果已知)。

6. 目击者：

可能看到或听到所指称的歧视事件的任何人员的全名和联系信息清单。请尽可能提供详细信息。

7. 您是否就您报告的问题尝试解决或联系过任何其他人员？

如果是，您联系了谁？当时发生了什么？

8. 您希望此报告有怎样的处理结果？

9. 您认为您的受保护类别是遭受歧视的原因吗？

☐ 是 ☐ 否

如果是，请勾选所有适用项。

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 年龄 | ☐ 宗教 |
| ☐ 残障 | ☐ 怀孕 |
| ☐ 性别 | ☐ 性骚扰 |
| ☐ 婚姻状态 | ☐ 因填写歧视报告而遭受报复 |
| ☐ 国籍 | ☐ 有限的英语能力 |
| ☐ 种族 | ☐ 性取向 |
| ☐ 肤色 | ☐ 性别认同 |
| ☐ 其他： _____ | |

注意：如果您的受保护类别（上述所列）不是您报告歧视的原因，我们会将您的报告送至适当的办公室。

此表格由下列人员填写:

☐ 遭受所指称的歧视的人员

☐ 律师/代表/倡导者

☐ OHA 员工: _____

☐ 其他 (请具体说明): _____

此表格信息通过以下方式收集:

☐ 致电

☐ 亲自填写

☐ 发送电子邮件

☐ 发送传真

☐ 其他 (请具体说明): _____

请随附任何与您的歧视报告相关的信息。

请将该表格归还至:

OHA Office of Equity and Inclusion

Diversity, Inclusion and Civil Rights Manager

421 S.W. Oak St., Suite 750, Portland OR 97204

传真 971-673-1330 或电子邮件 OHA.PublicCivilRights@state.or.us

免费电话号码: 1-844-882-7889 (语音) 或 711 (TTY)

在所指称的歧视事件发生后的 180 天内,您也有权向以下机构之一呈交诉状:

U.S. Department of Justice Civil Rights Division

950 Pennsylvania Ave., N.W., Washington, D.C. 20530

www.justice.gov/crt/complaint/

1-888-736-5551 (语音) 或 202-514-0716 (TTY)

Michael Leoz, 区域经理

Office for Civil Rights (民权办公室)

U.S. Department of Health and Human Services (美国卫生和公众服务部)

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

客户响应中心: (800) 368-1019

传真: (202) 619-3818

听障专线: (800)-537-7697

电子邮件: ocrmail@hhs.gov

在所指称的歧视事件发生后一年内,您也有权向以下部门呈交诉状:

Oregon Bureau of Labor and Industries (BOLI)

800 N.E. Oregon St., Suite 1045, Portland, OR 97232

www.oregon.gov/boli/CRD/Pages/C_Crcompl.aspx

971-673-0764 (语音) 或 711 (TTY)

此表格有其他可選格式，包括盲人凸字、大字體印製版、電腦磁片及口述。

客戶/申請人的合法姓氏	名字	中間名首字母	出生日期
客戶/申請人的其他名字			個案 ID#

透過簽署此表格，本人授權下述記錄持有者披露以下有關本人的指定保密資料：

A 部分	來自一位記錄持有者之資料披露： (個人、學校、雇主、機構、醫療或其他服務提供者)	將予以披露的特定資料	相互交換: 是 / 否
	如果該資料包含下列任何種類的記錄或資料，則可能會涉及其他關於資料使用和披露的法律。本人瞭解，除非本人在資料旁的空位簡簽姓名首字母，否則該種資料不會被披露： 愛滋病： _____ 精神健康： _____ 酒精/藥物濫用診斷、治療、轉介： _____ 基因檢驗： _____		

B 部分	資料接收人 (若郵寄則需地址) 若向某組別披露資料，則列出成員。	目的	屆滿日期或事件 *
	*本授權書自簽署之日起一年內有效 (除非另有規定)。 我可以隨時取消該授權書。取消該授權並不影響已披露的資料。本人瞭解關於我的個案的資料受州和聯邦法律保護。本人瞭解這份同意書的意義並準許披露所列出的資料。本人是自願簽署該授權書。 本人瞭解，該授權書被使用和披露的資料可能會再度被發放，在這情況下資料不再受到聯邦或州法律保護。本人亦瞭解，如未獲得特別授權，聯邦或州法律禁止再次披露愛滋病、精神健康，以及藥物/酒精濫用診斷、治療、職業康復治療等相關記錄，或轉介資訊。		

C 部分	個人或經授權的個人代表的合法整全簽署		跟客戶的關係	日期
	職員姓名 (正楷)	使用此表格的機構名稱/地點		日期
	機構複印職員合法整全簽署		這是授權文件原稿的真副本。	
	職員姓名 (正楷)			

參看本表第 2 頁的必填信息。
(如本表無第 2 頁，則視為無效)

客戶必填資訊

提供或支付保健服務：如果社會服務部 (Department of Human Services: DHS) 或俄勒岡州健康署 (Oregon Health Authority: OHA) 透過俄勒岡州健保計劃 (Oregon Health Plan) 或州政府 Medicaid 計劃成為您的健康照護服務**提供者**或支付您的服務費用，您可以選擇不簽署這份表格。這項選擇**將不會**影響您接受健康服務的資格，*除非該健康照護服務的唯一目的是向他人提供健康資料，而透露資料前必須取得您的授權。*（例如評估、檢驗或估定。）如果私人保險公司或非政府機構需要這項授權才能退還款項，則您選擇不簽署該表格**可能影響**您的服務付款程序。

這項使用和披露資料的授權在以下情況下**也可能是必要的**：

- 決定您是否有資格加入某些能為您支付保健照護費用的醫療計劃
- 決定您是否有資格加入另一個 DHS 或 OHA 計劃或服務，其並非作為健康照護服務提供者

這是自願性表格。除了上述情況外，在簽署此表格後，DHS 或 OHA 不能調整服務的提供、費用的繳付或加入政府資助的健保計劃的申請。但您應該收到準確的資料，說明拒絕授權資料披露會對資格審定或服務調協產生的影響。如果您決定不簽署，您可能被轉介到某個別服務機構，它可能無需交換資料便可為您和您的家人提供幫助。

使用此表格

1. **使用的術語：相互交換：**「是」的意思是容許資料記錄持有者跟授權表上列出的個人或單位交換資料。**組別：**經常一起工作的多個個人或機構。組別的成員必須在此表格上被列出。
2. **協助：**盡可能讓 DHS 或 OHA 的職員協助您填寫此表格。**簽名前請務必理解表格內容。**歡迎您隨時就此表格發問並查詢授權的內容。您可以用記號代替簽名或**授權**某人代表您簽名。
3. **監護/監管：**如果簽署此表格者是一個人代表，例如監護人，則這表格必須附帶一份法律文件證明代表人簽署授權書的權力。同樣，如果某機構有監管權，而它的代表簽署，則此表格必須附帶監管權的證明。
4. **取消：**如果您稍后想取消這項授權，請聯絡您的 DHS 或 OHA 職員。您可以把某組別成員從表格上除名。您需要以書面形式提供取消授權申請。以下情況除外：聯邦法規沒有規定必須要以書面形式向藥物及酒精輔導服務 (Drug and Alcohol Programs) 提出取消。授權取消後資料便不能再被透露或取用。授權取消前 DHS 或 OHA 能夠繼續使用資料。
5. **未成年人士：**如果您是 14 歲或以上的未成年人，您可以授權披露精神健康或物品濫用的資料；任何關於性病或避孕的資料的披露都沒有年齡限制；如果您是 15 歲或以上的未成年人，您可以授權披露一般醫療資料。
6. **特別注意：**對於**愛滋病、精神健康、基因檢驗或酒精/藥物濫用治療**的相關資料，授權書中應清晰注明可披露的特殊資料和目的。

資料再度發放：聯邦法規 (42 CFR Part 2) 禁止進一步披露有關酒精和藥物的資料；州法律禁止進一步披露有關愛滋病的資料 (ORS 433.045, OAR 333-12-0270)；以及如未獲得特別授權，州法律禁止進一步披露由政府資助計劃提供的有關精神健康、藥物濫用治療、職業復原治療和發展性障礙治療的資料 (ORS 179.505, ORS 344.600)。

注意：俄勒岡州的健康服務和計劃已從社會服務部 (Department of Human Services: DHS) 轉移至俄勒岡州健康署 (Oregon Health Authority: OHA)。針對多項健康計劃以及其他由 DHS 管理的計劃，其資格有效性將繼續由 DHS 決定。