Print Save as Reset

Cơ Quan Thẩm Quyền Y Tế Oregon (OHA)
Mẫu Báo Cáo Về Hành Vi Kỳ Thị dành cho Công Chúng

Quý vị có cần trợ giúp để điền mẫu này không?

Hãy gọi số điện thoại miễn phí 1-844-882-7889 hoặc 711 (TTY dành cho người khiếm thính) để được trợ giúp nếu quý vị cần:

- **Một thông dịch viên (dịch vụ miễn phí);**
- **Mẫu này bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Nga, tiếng Việt, tiếng Hoa tiêu chuẩn hoặc tiếng Somali;**
- **Mẫu này có hình thức chữ in cỡ lớn hơn, âm thanh, chữ nổi hoặc hình thức khác;**
- **Giải đáp các thắc mắc của quý vị về mẫu này.**

Quý vị có muốn báo cáo hành vi kỳ thị trong một trong các chương trình của Cơ Quan Thẩm Quyền Y Tế Oregon không? Nếu có, hãy điền mẫu quan trọng này.

Xin hoàn tất mẫu này để báo cáo hành vi kỳ thị dựa trên bất cứ yếu tố nào sau đây:

- *Khuynh hướng tình dục;*
- *Xác định giới tính;*
- *Chủng tộc;*
- *Màu da;*
- *Nguồn gốc quốc gia;*
- *Trình độ tiếng Anh hạn chế;*
- *Tôn giáo;*
- *Khuyết tật;*
- *Tuổi tác;*
- *Giới tính;*
- *Mang thai;*
- *Quấy rối tình dục;*
- *Tình trạng hôn nhân;*
- *Hành vi trả đuã do nộp báo cáo về hành vi kỳ thị; hoặc*
- *Bất kỳ giai cấp nào được pháp luật bảo vệ (xem Nguyên Tắc Hành Chính của Oregon 943-005-0000 đến 943-005-0070 để biết thêm tin tức).*

Văn Phòng về Bình Đẳng và Hội Nhập (OEI) thuộc Cơ Quan Thẩm Quyền Y Tế Oregon (OHA) sẽ xem xét cẩn thận tin tức trong mẫu này.

Quý vị sẽ nhận được một lá thư từ chúng tôi không quá bảy ngày sau khi chúng tôi nhận được mẫu. Thư sẽ cho quý vị biết chúng tôi đã nhận được báo cáo về hành vi kỳ thị của quý vị và OEI có thẩm quyền hành xử về báo cáo đó hay không.
Nếu OEI không thể hành xử về báo cáo của quý vị, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết văn phòng nào có thể hành xử về báo cáo của quý vị.

Chúng tôi cần sự cho phép của quý vị để sử dụng tên của quý vị trong tiến trình điều tra. Vui lòng đọc, ký và gửi lại Giấy Ủy Quyền của OHA để Sử Dụng hoặc Tiết Lộ Tin Tức cùng với Báo Cáo về Hành Vi Kỳ Thị của quý vị. (Giấy ủy quyền này được tìm thấy ở phần sau của tài liệu này.)

Chính sách của OHA là không được hăm dọa, đe dọa, ép buộc, kỳ thị hoặc trả đuã quý vị vì đã lập báo về hành vi kỳ thị.

XIN LƯU Ý:

Lập Báo Cáo về Hành Vi Kỳ Thị khác với yêu cầu buổi kháng cáo hoặc phiên điều trần nếu quý vị nhận được Thông Báo về Biện Pháp từ chối các dịch vụ săn sóc y tế của quý vị. Báo Cáo về Hành Vi Kỳ Thị này không liên quan đến Thông Báo về Biện Pháp hoặc Thông Báo về Giải Quyết Kháng Cáo.

Nếu quý vị nhận được Thông Báo về Biện Pháp từ chối yêu cầu của quý vị về các dịch vụ y tế, quý vị có thể yêu cầu buổi kháng cáo với chương trình y tế/CCO của quý vị, hoặc quý vị có thể yêu cầu phiên điều trần với OHA hoặc cả hai. Quý vị phải nộp Mẫu Yêu Cầu Điều Trần trong vòng **45 ngày** kể từ "ngày nhận được thông báo."

Để biết thêm tin tức về kháng cáo hoặc điều trần, hãy xem Bản 4 về lời khuyên dành cho Thân Chủ của Chương Trình Y Tế Oregon – Kháng Cáo và Điều Trần tại https://apps.state.or.us/Forms/Served/he9040d.pdf. Quý vị cũng có thể liên lạc Ban Dịch Vụ Thân Chủ của Chương Trình Y Tế Oregon tại số 1-800-273-0557 hoặc 711 (TTY).

Tin Tức về Báo Cáo về Hành Vi Kỳ Thị

Vui lòng viết chữ in hoặc đánh máy – đính kèm thêm trang, nếu cần.

Ngày:_____

1A. _____
Tên người trải qua hành vi kỳ thị được xác minh.

Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Số Bưu Cục

Điện thoại nhà/điện thoại di động	Điện thoại nơi làm việc	Điều khác

Ngày sinh	Số OHP *(nếu có)*	Ngôn ngữ ưu tiên

Quý vị muốn chúng tôi liên lạc với quý vị bằng cách nào? ☐ Điện thoại ☐ Email ☐ Cách khác

Thời gian tốt nhất để liên lạc với quý vị:_____*(Ngày/giờ)*

Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị qua email không? ☐ Có ☐ Không Email:_____

Nếu quý vị đang lập báo cáo về hành vi kỳ thị này cho người khác, vui lòng điền tin tức dưới đây:

1B. _____
Tên của người hoàn tất mẫu này cho người trải qua hành vi kỳ thị được xác minh

Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Số Bưu Cục

Điện thoại nhà/điện thoại di động	Điện thoại nơi làm việc	Cách khác

Ngôn ngữ ưu tiên

Quý vị muốn chúng tôi liên lạc với quý vị bằng cách nào? ☐ Điện thoại ☐ Email ☐ Cách khác

Thời gian tốt nhất để liên lạc với quý vị:_____*(Ngày/giờ)*

Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị qua email không? ☐ Có ☐ Không Email:_____

2. Vui lòng cung cấp cho chúng tôi tin tức về cá nhân/tổ chức/cơ quan/văn phòng mà quý vị tin rằng đã bị kỳ thị.

Tên | Số điện thoại *(nếu biết)*

Tên sở hoặc cơ quan/ địa điểm của tòa nhà hoặc cơ sở

(Những) ngày gần đây nhất khi xảy ra hành vi kỳ thị được xác minh

Có phải hành vi kỳ thị được xác minh đã xảy ra cách đây hơn 180 ngày không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, vui lòng cho chúng tôi biết tại sao bây giờ quý vị mới làm Báo Cáo về Hành Vi Kỳ Thị này:

3. Quý vị đã bị từ chối quyền lui tới cơ sở hoặc toà nhà không? ☐ Có ☐ Không

Tên cơ sở/tòa nhà

Địa chỉ đường | Thành phố | Tiểu bang | Số Bưu Cục

4. Quý vị đã bị từ chối quyền lui tới hoặc tham gia một chương trình, dịch vụ hoặc hoạt động không?
☐ Có ☐ Không
Nếu có, vui lòng điền tin tức dưới đây:

Tên chương trình

Ngày | Thời gian

5. Hãy cho chúng tôi biết chuyện gì đã xảy ra. Vui lòng bao gồm những tin tức dưới đây:

- Danh sách tất cả những người can dự, bao gồm họ và tên và chức vụ, nếu biết;
- Hành động hoặc lời nói chính xác của những người can dự;
- Ngày;
- Giờ;
- Tin tức liên lạc, nếu biết, đối với từng cá nhân.

6. **Nhân chứng:**
Liệt kê họ và tên và tin tức liên lạc của bất kỳ người nào có thể đã chứng kiến hoặc đã nghe về hành vi kỳ thị được xác minh. Vui lòng cung cấp tin tức càng nhiều càng tốt.

7. **Quý vị đã cố gắng giải quyết vấn đề hoặc liên lạc với bất cứ người nào khác về báo cáo của quý vị không?**
Nếu có, quý vị đã liên lạc với ai? Chuyện gì đã xảy ra?

8. **Quý vị muốn thấy điều gì xảy ra với báo cáo này?**

9. **Quý vị có tin rằng giai cấp được luật pháp bảo vệ cuả quý vị là lý do cho hành vi kỳ thị?**
☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp.

☐ Tuổi tác
☐ Khuyết tật
☐ Giới tính
☐ Tình trạng hôn nhân
☐ Nguồn gốc quốc gia
☐ Chủng tộc
☐ Màu da
☐ Tôn giáo
☐ Mang thai
☐ Quấy rối tình dục
☐ Hành vi trả đuã do nộp Báo Cáo vế Hành Vi Kỳ Thị
☐ Trình độ tiếng Anh hạn chế
☐ Khuynh hướng tình dục
☐ Xác định giới tính
☐ Điều khác:_____

LƯU Ý: Nếu giai cấp của quý vị (được liệt kê ở trên) không phải là lý do cho báo cáo về hành vi kỳ thị của quý vị, chúng tôi sẽ gửi báo cáo của quý vị đến văn phòng thích hợp.

Mẫu này được điền bởi:

☐ Người trải qua hành vi kỳ thị được xác minh

☐ Luật sư/người đại diện/người biện hộ

☐ Nhân viên OHA:_____

☐ Người khác *(vui lòng nêu rõ)*:_____

Tin tức trên mẫu này được thu thập:

☐ Qua điện thoại ☐ Trực tiếp ☐ Qua email ☐ Qua fax

☐ Cách khác*(vui lòng nêu rõ)*:_____

Vui lòng đính kèm bất kỳ tin tức nào khác có liên quan đến Báo Cáo về Hành Vi Kỳ Thị của quý vị.

VUI LÒNG GỬI LẠI MẪU NÀY CHO:

OHA Office of Equity and Inclusion
Diversity, Inclusion and Civil Rights Manager
421 S.W. Oak St., Suite 750, Portland OR 97204
Gửi fax đến số 971-673-1330 hoặc gửi email đến địa chỉ OHA.PublicCivilRights@state.or.us
Số điện thoại miễn phí: 1-844-882-7889 (thoại) hoặc 711 (TTY)

Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại cho một trong các cơ quan sau đây trong vòng 180 ngày kể từ ngày hành vi kỳ thị bị cáo buộc diễn ra:

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 (thoại) hoặc 202-514-0716 (TTY)

Michael Leoz, Quản Lý Khu Vực
Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền
Bộ Y Tế và Xã Hội Hoa Kỳ
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Trung Tâm Giải Đáp Khách Hàng: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD (Dành cho người khiếm thính): (800)-537-7697
Địa chỉ email: ocrmail@hhs.gov

Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại trong vòng một năm kể từ ngày hành vi kỳ thị bị cáo buộc diễn ra cho:
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 (thoại) hoặc 711 (TTY)

Reset Print Instructions

DHS Oregon Department of Human Services

Cho Phép Sử Dụng & Tiết Lộ Thông Tin

Oregon Health Authority

Biểu mẫu này hiện có ở các dạng thức khác bao gồm chữ nổi Braille, bản in chữ lớn, đĩa điện toán và trình bày bằng lời.

Họ hợp pháp của Người nhận trợ cấp/Người nộp đơn	Tên gọi	Tên đệm	Ngày sinh
Tên khác của Người nhận trợ cấp/Người nộp đơn			ID Vụ việc số

Bằng việc ký tên vào biểu mẫu này, tôi cho phép người lưu giữ hồ sơ sau đây quyền tiết lộ những thông tin riêng tư cụ thể sau đây về tôi:

Phần A

Tiết lộ từ MỘT Người Lưu Giữ Hồ Sơ – *(Cá nhân, Trường học, Chủ lao động, Nhà cung cấp dịch vụ Y khoa hoặc Dịch vụ khác)*	**Thông tin cụ thể được tiết lộ**	**Trao đổi giữa hai bên: Có / Không**

Nếu những thông tin bao hàm bất cứ loại hồ sơ hoặc thông tin nào trong những loại hồ sơ hoặc thông tin được liệt kê dưới đây, thì các điều luật bổ sung liên quan tới việc sử dụng và tiết lộ có thể áp dụng. Tôi hiểu rằng những thông tin này sẽ không được tiết lộ trừ khi tôi ghi tên họ viết tắt của tôi vào khoảng trống ngay cạnh thông tin:

HIV/AIDS: _____ **Sức khỏe Tinh thần:** _____ **Xét nghiệm Di truyền học:** _____

Các kết quả chẩn đoán, hồ sơ điều trị, giấy giới thiệu tiếp nhận các dịch vụ liên quan đến rượu/ma túy:

Phần B

Tiết lộ cho ***(cần phải điền địa chỉ nếu gửi qua đường bưu điện.)*** **Nếu tiết lộ cho một nhóm, hãy liệt kê tên của các thành viên trong nhóm.**	**Mục đích**	**Ngày hết hạn hoặc Sự kiện***

*** Sự cho phép này có hiệu lực trong vòng một năm kể từ ngày ký trừ khi có những thông báo cụ thể khác.**

Tôi có thể hủy bỏ sự cho phép này vào bất cứ lúc nào. Việc hủy bỏ sẽ không ảnh hưởng đến bất cứ thông tin nào đã được tiết lộ trong thời gian sự cho phép còn hiệu lực. Tôi hiểu rằng luật pháp tiểu bang và liên bang bảo vệ những thông tin về vụ việc của tôi. Tôi hiểu những gì mà thỏa thuận này đề cập đến và tôi chấp thuận những tiết lộ đã được liệt kê. Tôi hoàn toàn tự nguyện ký tên vào bản cho phép này.

Tôi hiểu rằng những thông tin đã sử dụng và tiết lộ được tuyên bố trong bản cho phép này có thể tùy thuộc vào việc tiết lộ lại và không còn được bảo vệ theo luật pháp liên bang hoặc tiểu bang. Tôi cũng hiểu rằng luật pháp liên bang hoặc tiểu bang ngăn cấm việc tiết lộ lại những thông tin về việc phơi nhiễm HIV/AIDS, sức khỏe tinh thần, và những kết quả chẩn đoán, điều trị nghiện rượu/ma túy, tài liệu về chương trình phục hồi hướng nghiệp, hoặc thông tin giới thiệu khi chưa có sự cho phép cụ thể.

Phần C

Chữ Ký Hợp Pháp Của Cá Nhân HOẶC Người Được Ủy Quyền Đại Diện Riêng	**Mối quan hệ với Người nhận trợ cấp**	**Ngày**
Tên của Nhân viên (viết hoa)	**Tên/địa chỉ của Cơ quan được cho phép**	**Ngày**
Chữ ký hợp pháp đầu đủ của nhân viên cơ quan chịu trách nhiệm sao chụp thông tin	**Đây là Bản Sao Y của Bản Gốc Tài Liệu Cho Phép.**	
Viết hoa tên của nhân viên		

Xem Những Thông Tin Cần Thiết trên Trang 2 của Biểu Mẫu này.
(Không có hiệu lực nếu không có Trang 2)

Những thông tin cần thiết dành cho Người nhận trợ cấp

Để cung cấp hoặc thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe: Nếu Bộ Dịch vụ Nhân sinh (Department of Human Services - DHS) hoặc Cơ quan Quản trị Y tế Oregon (Oregon Health Authority - OHA) đóng vai trò là một **nhà cung cấp** các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc thanh toán cho những dịch vụ đó theo Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe Oregon (Oregon Health Plan) hoặc Chương trình Medicaid, quý vị có thể quyết định không ký tên vào biểu mẫu này. Lựa chọn đó **sẽ không** làm ảnh hưởng xấu đến khả năng hội đủ điều kiện tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị, *trừ khi* các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ phục vụ vì mục đích cung cấp thông tin về sức khỏe cho một ai khác và cần thiết phải có sự cho phép để tiết lộ. (Ví dụ như là các bản đánh giá, kiểm tra hoặc ước lượng). Quyết định không ký tên **có thể ảnh hưởng** đến việc thanh toán cho các dịch vụ của quý vị nếu sự cho phép này là cần thiết để được các hãng bảo hiểm tư nhân hoặc các cơ quan phi chính phủ khác bồi hoàn chi phí.

Cũng có thể cần phải có sự cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin này trong những trường hợp sau đây:

- Để xác định khả năng hội đủ điều kiện ghi danh vào một số chương trình y khoa giúp thanh toán chi phí các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Để xác định khả năng hội đủ điều kiện tham gia vào chương trình hoặc dịch vụ DHS hoặc OHA khác không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

Đây là Biểu Mẫu Tự Nguyện. DHS hoặc OHA không thể đặt điều kiện đối với việc cung cấp dịch vụ điều trị, việc thanh toán và ghi danh trong các chương trình chăm sóc sức khỏe được vận hành với nguồn quỹ công khi ký bản cho phép này, ngoại trừ những trường hợp được mô tả trên đây. Tuy nhiên, quý vị sẽ phải được cung cấp thông tin chính xác về việc từ chối cho phép tiết lộ thông tin có thể ảnh hưởng như thế nào đến quá trình xem xét khả năng hội đủ điều kiện hoặc phối hợp các dịch vụ. Nếu quý vị quyết định không ký vào bản cho phép, quý vị có thể được giới thiệu tới một dịch vụ riêng lẻ có thể có khả năng giúp quý vị và gia đình quý vị mà không cần phải trao đổi thông tin.

Sử dụng biểu mẫu này

1. **Thời hạn sử dụng: Trao đổi giữa hai bên:** Câu trả lời "có" cho phép thông tin được trao đổi qua lại giữa người lưu giữ hồ sơ và người hoặc chương trình có tên ghi trên bản cho phép. **Nhóm:** Một số cá nhân hoặc cơ quan thường xuyên làm việc cùng nhau. Các thành viên của nhóm phải được nên rõ trên biểu mẫu này.

2. **Hỗ trợ:** Bất cứ khi nào có thể, một nhân viên DHS hoặc OHA sẽ giúp đỡ quý vị điền thông tin vào biểu mẫu này. **Hãy chắc chắn là quý vị hiểu rõ nội dung của biểu mẫu trước khi ký tên vào.** Cứ tự nhiên nêu thắc mắc về biểu mẫu và những việc mà biểu mẫu cho phép làm. Quý vị có thể ký thay cho chữ ký bằng một dấu hiệu hay nhờ một người **được ủy quyền** ký tên vào biểu mẫu thay cho quý vị.

3. **Trách nhiệm giám hộ/Chủ quản:** Nếu người ký tên vào biểu mẫu này là một người đại diện riêng, ví dụ như một người giám hộ thì phải đính kèm theo biểu mẫu này bản sao của các tài liệu pháp lý xác thực tình trạng được ủy quyền ký tên vào bản cho phép của người đại diện. Trường hợp tương tự, nếu một cơ quan có đơn vị chủ quản, và đại diện của họ đứng ra ký tên thì phải đính kèm theo biểu mẫu này giấy tờ ủy quyền của đơn vị chủ quản.

4. **Hủy bỏ:** Nếu sau này quý vị muốn hủy bỏ bản cho phép, hãy liên hệ với nhân viên DHS hoặc OHA. Quý vị có thể xóa tên một thành viên nhóm khỏi biểu mẫu. Quý vị sẽ phải yêu cầu hủy bỏ bằng văn bản.
   Ngoại trừ: Các quy định liên bang không yêu cầu phải có yêu cầu hủy bỏ bằng văn bản đối với các Chương trình Cai nghiện Ma túy và Rượu (Drug and Alcohol Program). Sau khi hủy bỏ sự cho phép thì không còn bất cứ thông tin nào có thể được tiết lộ hoặc yêu cầu nữa. DHS hoặc OHA có thể tiếp tục sử dụng những thông tin có được trước khi hủy bỏ sự cho phép.

5. **Trẻ vị thành niên:** Nếu quý vị là trẻ vị thành niên, quý vị có thể cho phép tiết lộ những thông tin về sức khỏe tinh thần hay lạm dụng hóa chất nếu quý vị đang ở độ tuổi từ 14 trở lên; cho phép tiết lộ bất cứ thông tin nào về các bệnh lây lan qua đường tình dục hoặc biện pháp tránh thai dù quý vị ở bất cứ độ tuổi nào; cho phép tiết lộ những thông tin y tế chung nếu quý vị ở độ tuổi từ 15 trở lên.

6. **Chú ý Đặc biệt:** Đối với những thông tin về **HIV/AIDS, sức khỏe tinh thần, xét nghiệm di truyền học hoặc cai nghiện rượu/ma túy**, bản cho phép phải nêu rõ những thông tin cụ thể có thể được tiết lộ và mục đích tiết lộ.

Tiết lộ lại: Các quy định liên bang (42 CFR Phần 2) ngăn cấm tiết lộ thêm bất cứ thông tin nào về Tình trạng nghiện Rượu và Ma túy; luật pháp tiểu bang ngăn cấm tiết lộ thêm bất cứ thông tin nào về tình trạng phơi nhiễm HIV/AIDS (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); và luật pháp tiểu bang ngăn cấm tiết lộ thêm bất cứ thông tin nào về sức khỏe tinh thần, cai nghiện hóa chất, phục hồi hướng nghiệp và điều trị chứng chậm phát triển từ các chương trình được vận hành bởi nguồn quỹ công (ORS 179.505, ORS 344.600) khi chưa có sự cho phép cụ thể bằng văn bản.

Lưu ý: Các dịch vụ và chương trình bảo hiểm sức khỏe của Oregon đã được chuyển từ Bộ Dịch vụ Nhân sinh (DHS) sang Cơ quan Quản trị Y tế Oregon (OHA). DHS sẽ tiếp tục xác định khả năng hội đủ điều kiện cho nhiều chương trình trong những chương trình bảo hiểm sức khỏe, và các chwong trình khác do DHS quản lý.