

## ວິທີການດໍາເນີນການຮ້ອງທຸກເຮືອງການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະ

ຜະແນກ **Washington State Health Care Authority (HCA)** ໄດ້ກໍ່ຕັ້ງວິທີການດໍາເນີນການຮ້ອງທຸກເຮືອງການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະຕໍ່ລົງໄປມາຕາມທີ່ຖືກປົ່ງໄວ້ໂດຍກົດໝາຍ **Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA)** ແລະ ກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນໍາສິດທິພິລເມືອງອື່ນໆລວມທັງ **Section 1557** ຂອງກົດໝາຍ **Affordable Care Act**. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານປະສົງຢາກຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກ່າວຫາການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະໂດຍຜະແນກ **HCA** ອີງໃສ່ພື້ນຖານຂອງຜົວພັນ, ສີສັນ, ທີ່ມາຂອງຊົນຊາດ, ເພດ, ຄວາມອຸ່ນອຽງທາງເພດ, ເພດ, ການສະແດງອອກມາທາງເພດ ຫລື ເອກະລັກບຸກຄົນ, ລັດທິ, ສະພາບແຕ່ງງານ, ສາສະນາ, ນັກຮົບເກົ່າຜູ້ທີ່ຖືກປົດອອກຈາກໜ້າທີ່ຢ່າງມີກຽດ ຫລື ສະພາບທະຫານ, ອາຍຸ, ຄວາມເສຍອົງຄະ ຫລື ການໃຊ້ໝາຊື່ນໍາທາງທີ່ຖືກຝຶກຝົນມາ ຫລື ສັດລ້ຽງບໍຣິການໂດຍບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະ, ກະຮຸນາປະຕິບັດຕາມວິທີການດໍາເນີນການທີ່ຖືກກ່າວຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

1. ເຮັດຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ລວມເອົາຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບການແບ່ງແຍກຊົນຊັ້ນວັນນະທີ່ຖືກກ່າວຫາ, ລວມທັງຊື່, ທີ່ຢູ່, ແລະ ເລກໂທຣະສັບຂອງຜູ້ຮ້ອງທຸກ, ແລະ ສະຖານທີ່, ວັນທີ, ແລະ ຄໍາບັນຍາຍຂອງບັນຫາ. ຫົນທາງເລືອກທາງອື່ນໆຂອງການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ເຊັ່ນວ່າການສໍາພາດສ່ວນຕົວ ຫລື ການບັນທຶກອັດສຽງຂອງຜູ້ຮ້ອງທຸກ, ຈະຖືກເຮັດໃຫ້ມີໄວ້ໃຫ້ອີກຄັ້ງສໍາລັບບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະຕາມຄໍາຮ້ອງຂໍ. ຈົ່ງໂທຫາ **HCA** ໄດ້ທີ່ເລກ **1-855-682-0787** ເພື່ອຈະທໍາການຈັດຫາຫົນທາງເລືອກທາງອື່ນໆຂອງການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ. ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມເສຍອົງຄະທາງການຝັງສຽງ ຫລື ການປາກເວົ້າກະຮຸນາໂທຫາເລກ **711** ສໍາລັບການບໍຣິການຕໍ່ສາຍ.
2. ຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໄປຫາພະນັກງານ **HCA's ADA Compliance Officer** ໂດຍບໍ່ກາຍເກີນ **90** ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກການລວງລະເມີດທີ່ຖືກກ່າວຫາ.

**ADA Compliance Officer**  
**Washington State Health Care Authority**  
**P.O. Box 42704**  
**Olympia, WA 98504-2704**

3. ພາຍໃນ **15** ວັນຕາມປະຕິທິນຂອງການໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງທຸກ, ພະນັກງານ **HCA's ADA Compliance Officer** ຈະໄປພົບກັບທ່ານໂດຍຕົນເອງ, ໂດຍທາງໂທຣະສັບ, ຫລື ໂດຍທາງເລືອກອື່ນໆເພື່ອຈະເວົ້າລົມເຮືອງການຮ້ອງທຸກນໍາກັນ ແລະ ການແກ້ໄຂບັນຫາທີ່ອາດຈະເປັນໄປໄດ້. ພະນັກງານ **HCA's ADA Compliance Officer** ຈະຕອບກັບຄືນມາເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ **15** ວັນຕາມປະຕິທິນກ່ຽວກັບການປະຊຸມ ແລະ, ເມື່ອເປັນທີ່ເໝາະສົມ, ໃນແບບຮູບຮ່າງອື່ນໆທີ່ເຂົາເຈົ້າເຖິງໄດ້ໂດຍທ່ານ, ເຊັ່ນວ່າຕົວພິມໃຫຍ່, ຕົວໜັງສືສໍາລັບຄົນຕາບອດ, ຫລື ການບັນທຶກສຽງໄວ້. ຄໍາຕອບຈະອະທິບາຍທາງທີ່ຂອງຜະແນກ **HCA** ແລະ ທາງເລືອກສໍາລັບການແກ້ໄຂຄໍາຮ້ອງທຸກ.
4. ຖ້າຫາກວ່າຄໍາຕອບຂອງພະນັກງານ **HCA's ADA Compliance Officer** ບໍ່ໄດ້ແກ້ໄຂບັນຫາ, ທ່ານຈະຍື່ນຄໍາອຸທອນໄປຫາຜູ້ຈັດການຂອງ **HCA's Enterprise Risk Manager** ພາຍໃນ **15** ວັນຕາມປະຕິທິນຂອງການໄດ້ຮັບຄໍາຕອບ. ຈະທໍາການອຸທອນແນວໃດຈະຖືກອະທິບາຍຢູ່ໃນຄໍາຕອບທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພະນັກງານ **HCA's ADA Compliance Officer**.

ພາຍໃນ **15** ວັນຕາມປະຕິທິນຂອງການໄດ້ຮັບຄໍາອຸທອນ, ຜູ້ຈັດການ **HCA's Enterprise Risk Manager** ຈະຈັດແຈ້ງທີ່ຈະໄປພົບກັບທ່ານໂດຍຕົນເອງ, ໂດຍທາງໂທຣະສັບ, ຫລື ໂດຍຫົນທາງອື່ນໆເພື່ອຈະເວົ້າລົມກັນກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງທຸກ ແລະ ການແກ້ໄຂທີ່ອາດເປັນໄປໄດ້. ພາຍໃນ **15** ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກການປະຊຸມກັນແລ້ວຜູ້ຈັດການ **HCA's Enterprise Risk Manager** ຈະຕອບກັບຄືນມາພ້ອມດ້ວຍການແກ້ໄຂບັນຫາຄໍາຮ້ອງທຸກຂັ້ນສຸດຂາດ. ຄໍາຕອບຈະເປັນລາຍລັກອັກສອນແລະ, ເມື່ອເປັນທີ່ເໝາະສົມ, ໃນແບບຮູບຮ່າງອື່ນໆທີ່ເຂົາເຈົ້າເຖິງໄດ້ໂດຍທ່ານ, ເຊັ່ນວ່າຕົວພິມໃຫຍ່, ຕົວໜັງສືສໍາລັບຄົນຕາບອດ, ຫລື ການບັນທຶກສຽງໄວ້.

ຮາຍຮະອຽດອື່ນໆຈະມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ໃນແວບໄຊທ໌ຂອງ **HCA** ພາຍໃຕ້ເຄືອຄ້າຍ **“Nondiscrimination”** ຢູ່ໜ້າປົກຂອງພວກເຮົາ: [www.hca.wa.gov](http://www.hca.wa.gov)