



# OFFICE FOR CIVIL RIGHTS

## 民权办公室

美国卫生与公众服务部

200 Independence Avenue, SW.  
H.H.H. Building, Room 509-F

Washington, D.C. 20201

电话

1-800-368-1019

电子邮箱

[ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

TDD (听力障碍

人士专用)

1-800-537-7697

[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

# 了解您在《希尔伯顿 (Hill-Burton) 法案》的社区服务保障条款下的权利

## 什么是《希尔伯顿法案》？

《希尔伯顿法案》授权对公共和其他非营利医疗机构提供援助。这些机构包括急诊综合医院、专科医院、疗养院、公共卫生中心和康复机构。

根据《公共卫生服务法案》第六章的社区服务保障条款的要求，希尔伯顿基金的接受者须向居住在希尔伯顿设施服务区的任何人提供由设施提供的非紧急服务，而不考虑种族、肤色、国籍、信仰或任何理由，但要考虑此人的支付能力或机构提供所需服务的能力。

但是，接受希尔伯顿基金的设施必须向居住在希尔伯顿设施服务区的任何人提供紧急服务，而不考虑此人的支付能力。

美国卫生与公众服务部 (HHS) 民权办公室 (OCR) 负责执行希尔伯顿社区服务保障条款。

## 《希尔伯顿法案》如何保护我们？

根据希尔伯顿社区服务保障义务，设施必须：

- 向居住在希尔伯顿设施服务区的任何人提供所需非紧急服务，而不考虑种族、肤色、国籍、信仰或任何理由，但要考虑此人的支付能力或机构提供所需服务的能力。
- 参加 Medicare 和 Medicaid 计划（除非没有资格参加）。
- 张贴英文及西班牙语告示，告知市民其社区服务义务。（如果服务区 10% 或以上的家庭通常说英语或西班牙语以外的语言，设施必须将通知翻译成该语言并张贴）。
- 不得以无法支付服务费用为由拒绝向居住在设施服务区的任何人员提供紧急服务。
- 不得采用以种族、肤色、国籍、信仰或其他与患者需要和支付能力或所需服务的可用性无关的理由拒绝患者寻求非急诊服务的入院政策。

## 如何向民权办公室 (OCR) 提交歧视投诉

如果您认为自己或他人受到接受希尔伯顿 (Hill-Burton) 资助的某个实体的歧视，您或您的法律代表可以向 OCR 提交投诉。投诉表必须在被指控歧视之日起180天内提交。

您可以写信投诉，也可以在我们网站填写投诉表并将其发送给 OCR：[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)。我们网站提供多种语言的投诉表，具体位于“其他语言”板块的“公民权利信息”下。

投诉表必须涵盖以下信息：

- 您的姓名、地址和电话号码。
- 您必须在所写内容上签上您的名字。如果您代表他人提交投诉表——例如配偶、朋友、客户等——请附上您的姓名、地址、电话号码以及您与此人的关系声明。
- 您认为存在歧视的机构的名称和地址。
- 您认为歧视发生的时间、方式和原因。
- 任何其他相关信息。

如果您邮寄投诉表，请务必将其寄给相应 OCR 区域办事处的区域经理。OCR 设有十个区域办事处，每个区域办事处覆盖特定的州。投诉表也可邮寄至 OCR 总部，地址如下：

### 民权办公室

**U.S. Department of Health and Human Services**  
**200 Independence Avenue, SW.**  
**H.H.H. Building, Room 509-F**  
**Washington, D.C. 20201**

如需了解更多：

在线访问我们网站：[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

拨打我们的免费电话：1-800-368-1019

发送电子邮件至：[ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

TDD（听力障碍人士专用）：1-800-537-7697

我们提供免费语言援助服务，帮助处理 OCR 事务。残疾人士可获得 OCR 服务支持。

[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)