FACT SHEET

U.S. Department of Health and Human Services • Office for Civil Rights • Washington D.C. 20201 • (202)619-0403

민권에 대한 인식!

민권 담당 사무국(OCR)

미국 보건복지부(DHHS)의 민권 담당 사무국(OCR)은 DHHS로부터 재정 지원을 받는 복지 및 건강 관리 제공자가 차별하는 것을 금지하는 연방법을 시행하고 있습니다. 이러한 법에는 1964년 시민법의 제VI편(Title VI of the Civil Rights Act of 1964), 1973년 재활법의 제504절(Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973), 1990년의 장애자 미국인법(The American Diability Act of 1990), 1975년의 연령차별법(The Age Discrimination Act of 1975), Hill-Burton법의 지역 서비스 보증 규정(Community Service Assurance provision of the Hill-Burton Act)이 포함됩니다.

차별은 법에 저촉됩니다!

이 정보서는 DHHS로부터 재정 지원을 받는 프로그램이나 활동의 서비스와 혜택을 받을 수 있는 권리를 설명하고 있습니다. 이러한 연방 시민권법은 다음에 근거해서 활동과 프로그램에서 차별하는 것을 금지하고 있습니다:

인종	피부색	출신 국가
장애	연령	성별
	종교	

DHHS로부터 기금을 받을 수 있는 기관, 프로그램 및 서비스 제공자들에는 다음이 포함됩니다:

- 병원
- 메디케이드 및 메디케어
- 메디케이드 보조를 받는 환자들을 치료하는 의사 및 기타 의료 전문인
- 가족 건강 센터
- 지역 정신 건강 센터
- 알코올 및 약물 중독 치료 센터
- 요양원
- 건강 관리를 주재하는 주정부 기관
- 기탁 부양 가정
- 탁아소
- 노인 센터
- 영양 프로그램
- 주와 지방의 소득 보조 및 복지 기관

민권 담당 사무국(OCR) 에 차별에 대한 항의를 제출하는 방법

미국 보건복지부(DHH) 의 재정 지원을 받는 기관(수취인/기관)으로부터 인종, 피부색, 출신국가, 장애, 연령 및 성별 또는 종교로 인해 차별 대우를 받았다고 생각되는 경우, 해당되는 사람과 그 대리인은 민권 담당 사무국(OCR) 에 항의를 제출할 수 있습니다. 항의는 차별이 발생했다고 주장되는 날짜로부터 180일 이내에 제출되어야 합니다. OCR은 "합당한 이유"가 있는 경우 180일의 마감일을 연장할 수 있습니다. 서면 항의에 다음 정보를 포함하거나 OCR에 차별 항의서(Discrimination Complaint Form)를 요청하십시오:

- **이름, 주소 및 전화 번호. 반드시 서명해야 합니다. 다른 사람을 대신해서** 항의하는 경우, 본인의 이름, 주소, 전화번호 및 해당되는 사람과의 관계에 관한 진술- 즉, 배우자, 변호사, 친구 등-을 포함하십시오.
- **차별 행위를 했다고 믿는 단체나 기관의 이름과 주소.**
- **차별을 받은 방법, 이유, 시기.**
- **기타 관련 사항.**

항의서를 적절한 민권 담당 사무국(OCR)의 지역 사무국의 지역 관리자나 다음의 민권 담당 사무국(OCR) 본부의 주소로 보내십시오:

DirectorOffice for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avnue, SW-Room 509-F
Washington, D.C. 20201

전화 : (202) 619-0403

전자 우편: ocrmail@hhs.gov

웹 사이트:http://www.hhs.gov/ocr

민권 담당 사무국(OCR)의 지역 사무국의 전화 번호 및 주소나 민권 보장의 성격에 대한 정보가 필요하시면 다음의 무료 직통 전화로 연락해 주십시오. 민권 담당 사무국 (OCR)의 직원은 신속한 서비스를 제공하기 위해 많은 노력을 기울이고 있습니다.

음성: **1-800-368-1019**

청각 장애자용 원격통신: **1-800-537-7697**