

ตามหมวดที่ **504** การร้องทุกข์เรื่องที่หน่วยงานการประกันสังคม
เลือกปฏิบัติต่อการทุพพลภาพโดยทั่วไป หรือ
ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพตามเหมาะสมที่จำเป็น

**(Section 504 Complaint against Social Security for discrimination on
the basis of disability or for failure to accommodate disability needs)**

กฎหมายว่าด้วยการทุพพลภาพของชาวอเมริกัน (The Americans with Disabilities Act) ไม่ได้กล่าวไว้ในกฎหมายของรัฐบาลกลาง¹ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานต่างๆ ของรัฐบาลกลาง ซึ่งรวมทั้ง หน่วยงานการประกันสังคม (Social Security) ตามหมวดที่ 504 ของกฎหมายว่าด้วยการทำให้สุขภาพกลับคืนสู่ปกติ (Rehabilitation Act) มาตราที่ 29 U.S.C. § 794 กฎหมายหมวดที่ 504 กล่าวว่าหน่วยงานการประกันสังคมของรัฐ (Social Security Administration) ไม่สามารถเลือกปฏิบัติต่อบุคคลเนื่องมาจากบุคคลผู้นั้นเป็นผู้ทุพพลภาพ กฎหมายหมวดที่ 504 กำหนดว่าหน่วยงานการประกันสังคมของรัฐ จะต้องอำนวยความสะดวกแก่ผู้ทุพพลภาพตามความต้องการเพื่อขอใช้ ประโยชน์ในสวัสดิการและได้รับสวัสดิการนั้น กฎหมายหมวดที่ 504 กำหนดว่าหน่วยงานการประกันสังคมจะต้องจัด สวัสดิการให้บุคคลผู้ที่ไร้รถเข็นหรือเครื่องช่วยพยุงการเดิน หรือบุคคลที่ตาบอดหรือหูหนวก นอกจากนี้ กฎหมายหมวดที่ 504 ยังกำหนดว่าการประกันสังคมจะต้องมีให้แก่ผู้ทุพพลภาพด้านสุขภาพจิตหรือความจำอีกด้วย ซึ่งก็หมายความว่า บุคคลใดก็ตามจะต้องไม่ถูกปฏิเสธในการขอรับสวัสดิการ เนื่องจากบุคคลผู้นั้นมีความยากลำบากในการสมัคร รายงาน หรือ ตรวจสอบ เพราะการทุพพลภาพทางสุขภาพจิตและความจำของตน

หากท่านเชื่อว่า ท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ยุติธรรมเพราะท่านเป็นผู้ทุพพลภาพ ท่านมีสิทธิที่จะยื่นคำร้องทุกข์ตามกฎหมายหมวดที่ 504 ว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจสังคม (Civil Rights) การปฏิบัติที่ไม่ยุติธรรมรวมถึงการที่ไม่ได้จัดการช่วยเหลือพิเศษที่ท่านต้องการเนื่องจากการทุพพลภาพของท่าน การปฏิบัติที่ไม่ยุติธรรมซึ่งเป็นการละเมิดต่อหมวดที่ 504 ว่าด้วยกฎหมายว่าด้วยการทำให้สุขภาพกลับคืนสู่ปกติ (Rehabilitation Act) มีตัวอย่างดังต่อไปนี้ :

- ท่านต้องการความช่วยเหลือในการกรอกข้อความสำหรับการสมัครขอสวัสดิการสังคม แต่หน่วยงานการประกัน สังคมของรัฐ (Social Security) ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือท่านหรือขอให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งช่วยเหลือท่าน
- หลักฐานเอกสารของหน่วยงานการประกันสังคม (Social Security) กล่าวว่า ท่านจะต้องได้รับการบริการ จากหน่วยงานดังกล่าว แต่ท่านต้องการความช่วยเหลือก่อนที่ท่านจะได้รับความช่วยเหลือด้านสวัสดิการ แต่หน่วยงาน การประกันสังคมไม่ได้ให้ความช่วยเหลือแก่ท่าน
- ท่านจำเป็นต้องใช้ล่ามที่สื่อสารด้วยภาษาสัญญาณสำหรับช่วยสื่อสารในการพบกับเจ้าหน้าที่การประกันสังคม แต่หน่วยงานการประกันสังคมไม่ได้จัดหาล่ามดังกล่าวให้

¹ อย่างไรก็ตาม กองการประเมินผลการทุพพลภาพ (Disability Evaluation Division) หน่วยงานของรัฐ ซึ่งติดต่อกับหน่วยงาน การประกันสังคมของรัฐ (Social Security Administration) เพื่อเริ่มต้นการประเมินผู้ทุพพลภาพและได้ทำการตรวจสอบคัดเลือก ผู้สมัครตามหลักเกณฑ์ของ ADA และกฎหมายหมวดที่ 504 เพื่อดูว่าท่านอยู่ในเกณฑ์การเป็นผู้ทุพพลภาพหรือไม่

- ท่านไม่สามารถเดินทางไปยังหน่วยงานการประกันสังคมเพื่อตรวจสอบประจำปีได้ และเจ้าหน้าที่หน่วยงานการประกันสังคมจะไม่เดินทางมายังหน่วยงานของท่าน หรือทำการตรวจสอบประจำปีโดยทางโทรศัพท์
- ท่านเดินทางไปขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานการประกันสังคมเพื่อขอให้ช่วยอธิบายประกาศที่ท่านได้รับ เพื่อท่านจะได้เข้าใจขึ้น แต่ท่านกลับได้รับการต้อนรับที่ไม่สุภาพหรือไม่มีความคิดเห็นเมื่อท่านขอความช่วยเหลือ
- เมื่อท่านต้องการยื่นเรื่องคำร้องเรียนซึ่งท่านไม่สามารถเดินทางไปยังหน่วยงานแห่งนี้ได้ เจ้าหน้าที่หน่วยงาน การประกันสังคมผู้ที่พูดโทรศัพท์กับท่านไม่ได้บอกชื่อของตน หรือไม่มีวิธีอื่นที่จะพิสูจน์ได้ว่าท่านได้โทรศัพท์ติดต่อมายัง หน่วยงานแห่งนี้ นี่ก็หมายความว่า ท่านไม่สามารถเดินทางมายังหน่วยงานการประกันสังคม ท่านไม่มีวิธีอื่นที่จะพิสูจน์ การเริ่มคำร้องเรียนของท่านได้
- หน่วยงานการประกันสังคมไม่ได้พิจารณาถึงขีดจำกัดในการดูแลสุขภาพของท่านเมื่อตัดสินใจว่า เป็นความผิดของท่านหรือไม่ที่ทำให้มีการชำระเงินเกินจำนวน และเงินที่ชำระเกินนั้นจะได้รับการยกเว้นหรือไม่
- ท่านมีความลำบากที่จะแสดงความคิดเห็นด้วยตัวของท่านเองหรือไม่ หรือด้วยคำพูดของท่านเองมีความเข้าใจ ได้ยาก แต่เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานการประกันสังคมไม่ใช้เวลา และพยายามทำความเข้าใจในสิ่งที่ท่านพูด
- หน่วยงานการประกันสังคมทราบว่าท่านมีความยุ่งยากในการเข้าใจว่าท่านจะต้องทำอะไรเพื่อรายงานการเปลี่ยนแปลงรายได้ แต่กลับไม่ได้ให้ความช่วยเหลือท่านให้ทำการรายงานตามข้อกำหนด
- ท่านไม่ได้มาเข้าพบที่หน่วยงานการประกันสังคมและหน่วยงานการประกันสังคมตัดท่านออกจากสวัสดิการ เพราะท่านไม่ได้ให้ความร่วมมือ แม้ว่าหน่วยงานการประกันสังคมทราบถึงชนิดการดูแลสุขภาพและอาจเป็นอุปสรรค ที่ท่านจะร่วมมือได้ ในกรณีเช่นนี้ หน่วยงานการประกันสังคมจะต้องทำการสอบสวนเพื่อให้แน่ใจว่า การที่ท่านไม่ได้ ร่วมมือเพราะมีเหตุผลอื่นนอกเหนือจากการดูแลสุขภาพของท่านหรือไม่

วิธีการกรอกแบบฟอร์มคำร้องเรียน :

หากท่านไม่มีที่อยู่ที่อยู่หรือติดต่อไม่ได้หรือมั่นคง ท่านควรใช้ที่อยู่ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ท่านรู้จัก หลังจากเขียนบ้านเลขที่แล้ว กรุณาเขียน "c/o" หรือ "in care of" และจากนั้นเขียนชื่อเจ้าของที่อยู่ที่ท่านร่วมใช้ด้วย และที่อยู่

คำถามที่เกี่ยวกับสุขภาพ ท่านอาจถูกระบุประเภทของการดูแลสุขภาพ หรือโดยการอธิบายว่า การดูแลสุขภาพมีผลกระทบต่อตัวของท่าน หรือทั้งสองอย่าง ตัวอย่างเช่น ท่านสามารถเขียนว่าเป็น "การดูแลสุขภาพทางจิต" หรือ "การดูแลสุขภาพทางจิตซึ่งอาจยุ่งยากที่จะให้คนไข้อยู่ในห้องสำหรับคนไข้อพยพแพทย์เพราะมีบุคคลอื่นๆ หลายคนอยู่ในห้องนั้น" หรือท่านอาจเขียนว่า "ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง" หรือ "คนไข้ที่ต้องนั่งรถเข็น"

ในคำถามที่ว่า "การเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นเมื่อใด" ตามปกติแล้วจะใช้วันที่ (เดือนและปี) ที่ท่านได้รับการปฏิบัติชอบที่ไม่ยุติธรรม เว้นเสียแต่ว่า มีเหตุผลดีพอที่จะยื่นคำร้องเรียนล่าช้า หน่วยงานการประกันสังคมจะไม่ทำการสอบสวนคำร้องเรียนหากมีอายุความเกินกว่าหกเดือน

ตามคำถามที่ว่า "ได้เกิดอะไรขึ้น" ให้อธิบายว่า เหตุใดท่านจึงเชื่อว่าท่านได้รับการปฏิบัติชอบที่ไม่ยุติธรรม ซึ่งมีสาเหตุมาจากการดูแลสุขภาพของท่าน การเลือกปฏิบัติอาจเกิดขึ้นเพราะการดูแลสุขภาพบางอย่างของท่าน หรือ การเลือกปฏิบัติอาจมาจากที่หน่วยงานการประกันสังคม (Social Security)

ทราบความต้องการของท่าน เพราะเนื่องมาจากการทุพพลภาพของท่าน แต่ปฏิเสธให้ความช่วยเหลือ ไม่ได้มีขอบเขตจำกัดว่าท่านจะต้องชี้แจงคำอธิบายเพียงแค่ว่า "ได้เกิดอะไรขึ้น" แต่ท่านยังสามารถแนบหลักฐานอื่นเพิ่มเติมได้ด้วย

ข้อสำคัญ : ตามกฎหมายหมวดที่ 504 การร้องเรียนอยู่ในคำอุทธรณ์เพิ่มเติม หรือคำขอให้สละสิทธิภายใน 60 วัน หลังจากที่ได้รับหนังสือประกาศ

ส่งคำร้องเรียนของท่านตามกฎหมายหมวดที่ 504 ไปยัง **Social Security Administration – Office of the General Counsel Room, 617 Altmeyer Bldg., 6401 Security Boulevard, Baltimore, MD 21235-0001** เก็บรักษาเอกสารการร้องเรียนฉบับสำเนาของท่านและลงวันที่ที่ท่านส่งหลักฐานฉบับจริงทางไปรษณีย์ไว้ในฉบับสำเนา ท่านควรติดตามเรื่องของท่าน หากท่านไม่ได้รับเอกสารใดจากหน่วยงานการประกันสังคม (**Social Security**) ภายในสี่ถึงหกสัปดาห์ หน่วยงานที่รับเรื่องร้องเรียนตามกฎหมายหมวดที่ 504 คือ **(415) 437-8053** อธิบายว่าท่านได้ยื่นคำร้องเรียน ว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจสังคม หมวดที่ 504 ต่อหน่วยงานการประกันสังคม เพื่อขอคำแนะนำให้ติดต่อบุคคลที่ถูกต้อง

โทรศัพท์ติดต่อ **Protection & Advocacy** ที่หมายเลข **1-800-776-5746**
หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการประกันสังคม
และท่านมีสิทธิตามกฎหมายหมวดที่ 504

SOCIAL SECURITY

Office of the General Counsel

You may use the attached discrimination complaint form or a letter to file a Civil Rights complaint with the Office of the General Counsel for Social Security. If you file a complaint by letter, it must include the same information requested in the form.

Complaints of discrimination usually must be filed within 180 days of the alleged discrimination. If you have waited longer than 180 days, you must explain why. OGC will waive the 180 day requirement in cases where OGC determines there was good cause (extenuating circumstances) for late filing.

Anyone who believes he or she or a class of people have been discriminated against by the Social Security Administration (SSA) may file a complaint, or may have a representative file such a complaint. To file a complaint, please mail a completed and signed discrimination complaint and a signed consent and release to:

Social Security Administration
Office of the General Counsel
Office of General Law
Suite No. 56, P.O. Box 26430
Baltimore, MD 21207

You may also call (410) 965-3166. If you have any questions or wish to discuss this matter, you may also write to us at the above address or call the above number. We will ensure that the individual's or group's civil rights are preserved and work to correct any problems we find within SSA.

General Counsel
of Social Security

Enclosures:
Discrimination Complaint Form
Consent and Release Supplemental Form

PAPERWORK REDUCTION ACT

This information collection meets the requirements of 44 U.S.C. & 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take about an hour to read the instructions, gather the facts, and answer the questions. **SEND OR BRING THE COMPLETED FORM TO YOUR LOCAL SOCIAL SECURITY OFFICE. To find the nearest office, call 1-800-772-1213.** Send only comments on our time estimate above to: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.

USES OF PERSONAL INFORMATION FOR INVESTIGATIONS

The information collection is authorized by 5 U.S.C. § 301; 29 U.S.C. §791 et. seq.; 42 U.S.C. §§902(a)(5), 1305 note. Those statutes require the agency not to discriminate on the basis of disability and authorize the Commissioner establish policies to prohibit Social Security Administration and SSA employees from discriminating based upon race, color national origin, sex, age, religion, or retaliation in any program or activity conducted by SSA,

There are two federal laws governing personal information given to all Federal agencies, including the Office of the General Counsel (OGC):

- The Privacy Act of 1974, (U.S.C. Sec. 522a); and
- The Freedom of Information Act, (5 U.S.C. Sec. 522).

The Privacy Act protects individuals from misuse of personal information held by the Federal government. The law applies to records that are kept and that can be located by the name, social security number, or other personal identification system.

OGC will use personal information for authorized civil rights activities and other Privacy Act routine uses. Generally, OGC will not release information unless the person who supplied the information submits a written consent, or unless release is required under the Freedom of Information Act or other Federal statute or regulation. However, OGC can refer complaints to other Federal agencies, such as the Department of Justice, the Department of Labor and the Equal Employment Opportunity Commission, without the person's prior consent. This authority is provided under the "routine use" exception of the Privacy Act.

OGC may give/release information to other government agencies, such as the Department of Justice, when an SSA component has violated civil rights laws or regulations.

OGC cannot require a person to give personal information, and OGC will not impose sanctions on a person who refuses to provide personal information. **However, if, as a result of this refusal, OGC cannot investigate the allegations of discrimination, OGC may close the investigation.**

The Freedom of Information Act (FOIA) gives the public the right of access to files and records of the Federal government. With some exceptions, SSA must honor FOIA requests, though our policy is to do so without releasing a person's name or other personal information (as opposed to identification). SSA is generally not required to release documents if the release would interfere with SSA's ability to complete its work; as, for example, during an investigation or enforcement proceeding. Also any Federal agency may refuse a request for files or records if the release would be an unnecessary invasion of an individual's privacy.

Social Security Administration Discrimination Complaint

Person Allegedly Discriminated Against

Name _____
(First) (MI) (Last)

Social Security Number _____ — _____

Address (include City, State, Zip Code)

Daytime phone number where you can be reached (____) _____

1.a. Which of the following best describes the basis for the discrimination? *(You may check more than one reason.)*

_____ DISABILITY

_____ RACE

_____ COLOR

_____ NATIONAL ORIGIN

_____ AGE

_____ SEX

_____ RELIGION

_____ RETALIATION

1.b. For each reason you checked above, please specify the particular disability, race, sex, etc.

2. Describe the act(s) of discrimination. *(Clearly explain what happened and why. Be sure to include how other persons were treated differently from you or the person discriminated against. You may use extra paper if necessary.)*

3. If you believe there was retaliation against you for filing or participating in a prior discrimination complaint, please explain the basis for the retaliation below.

4.a. When did the current alleged discrimination take place?

Earliest Date

Most Recent Date

Month/Day/Year

Month/Day/Year

4.b. Have you waited more than 180 days since the most recent date of the alleged discrimination to file this complaint? If so, please explain why. *(You may use additional paper if necessary.)*

5.a. Have you filed a complaint about the same incident(s) with the Office of the General Counsel (OGC) before?

Yes _____ No _____

5.b. If yes, when: _____
Month/Day/Year

5.c. What is the status of that prior complaint?

6.a. Have you filed a complaint about any prior incident with OGC before?

_____ Yes _____ No

6.b. If yes, when: _____
Month/Day/Year

6.c. What is the status of that prior complaint?

7. Please list the names, addresses and phone numbers of any witnesses to the alleged incident(s), including Social Security employees:

Name	Address	Phone Number
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8.a. Have you tried to resolve this complaint with the Social Security office where the alleged discrimination took place?

_____ Yes _____ No

8.b. If not, why not?

8.c. If yes, what happened?

8.d. Name and title of the manager/supervisor who handled the complaint:

Name _____

Title _____

9.a. Have you made a complaint about this anywhere else?

_____ Yes _____ No

9.b. If yes, name of organization.

10. Are you filing this complaint because your benefits were ceased?

11. Identify Person Filing the Complaint: *(Complete if not provided previously)*

Name _____

Address _____

Daytime phone number where you can be reached (____) _____

12. Dated Signature of Person Filing the Complaint: *(Please sign and date the complaint below. We **cannot** accept a complaint for investigation if it has not been signed.)*

Signature _____

Date _____
Month/Day/Year

Social Security Administration

Discrimination Complaint - Consent and Release

Please complete and sign this consent and release and return the consent and release to the address on the cover page.

I have read the notice about the need for and uses of personal information to investigate this discrimination complaint.

Consent: (check one)

I authorize OGC to reveal my identity to conduct the investigation of my complaint.

I do not authorize OGC to reveal my identity to conduct the investigation of my complaint.

Release: (check one)

I authorize the release of material and information about me to OGC to conduct the investigation of my complaint. (If you want OGC to restrict the release of this information in any way, please explain below in the comment section.) I further understand that OGC may also disclose this information as required by other Federal statutes, regulations and Privacy Act routine uses.

I do not authorize the release of material and information about me to OGC to conduct the investigation of my complaint. (If you want OGC to restrict the release of this information in any way, please explain below in the comment section.) I further understand that OGC may also disclose this information as required by other Federal statutes, regulations and Privacy Act routine uses.

Comments:

Signature: _____

Date: _____

(Please keep a copy of this for your records.)