

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

差別は法律違反です

[Name of covered entity]は、適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、国籍、年齢、障害、または性別に基づく差別をいたしません（連邦規則集第45編92.101条(a)(2)に記載される性差別の範囲と一致する）[optional:（またはインターセックスの特性などの性的特徴を含む性別、妊娠または関連する状態、性的指向、性自認、および性的ステレオタイプ）]。¹[Name of covered entity]は、人種、肌の色、国籍、年齢、障害、または性別を理由として人を排除したり、異なる扱いをすることはありません。

[Optional: [Name of the covered entity]は現在、米国保健福祉省（HHS）公民権局による[religious and/or conscience]の免除の適用を受けています。これにより、[name of the covered entity]は、[list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption]の遵守を免除されています。

[Name of covered entity]:

- 当社と効果的にコミュニケーションを図るため、障害のある人に、合理的変更および以下のような適切な補助支援やサービスを無料で提供いたします。

- 資格のある手話通訳者

- その他の形式の文字情報（大きな活字、音声、アクセシブルな電子形式、その他の形式）

- 英語を母国語としない人に、以下の言語支援サービスを無料で提供いたします。

¹ This language/approach is not required under Section 1557 regulations.

- 資格のある通訳者
- 他の言語で書かれた情報

合理的変更、適切な補助支援およびサービス、または言語支援サービスを必要とされる場合は、**[name of Civil Rights Coordinator]**までご連絡ください。

[name of covered entity]がこれらのサービスの提供を怠ったり、人種、肌の色、国籍、年齢、障害、または性別に基づく何らかの方法で差別したと思われる場合は、こちらまで苦情を申し立てることができます：**[name and title of Civil Rights Coordinator]**、**[mailing address]**、**[telephone number]**、**[TTY number—if covered entity has one]**、**[fax]**、**[email]**。苦情の申し立ては、直接、または郵便、ファックス、メールで行うことができます。苦情を申し立てるにあたり、援助が必要な場合は、**[name and title of Civil Rights Coordinator]**がお手伝いいたします。

また、公民権に関する苦情は、米国保健福祉省の公民権局に申し立てることができます。公民権局苦情ポータル (Office for Civil Rights Complaint Portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) からオンラインで、または郵便もしくは電話で以下宛てに申請いただけます。

米国保健福祉省

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019、800-537-7697 (TDD)

苦情申し立てフォームは<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>より入手いただけます。

[If applicable: 本通知は、[name of covered entity's]のウェブサイトで入手いただけます：
[insert covered entity's URL]]。