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

ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់

[**Name of covered entity**] អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងមិនរើសអើង​ផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ (ស្របទៅនឹងទំហំ​នៃការរើងអើងផ្លូវភេទ ដែលបានបង្ហាញពណ៌នាមាត្រា 45 នៃក្រមបទបញ្ជាសហព័ន្ធ (Code of Federal Regulation, CFR) § 92.101(a)(2)) [**optional:** (ឬភេទ ដែលរួមមានទាំង​លក្ខណៈ​ភេទ រួមទាំងលក្ខណៈអន្តរភេទ ការមានផ្ទៃពោះ ឬស្ថានភាពដែលទាក់ទង និន្នាការផ្លូវ​ភេទ អត្តសញ្ញាណយែនឌ័រ និងផ្នត់គំនិតខាងភេទ)។**[[1]](#footnote-1)**] [**Name of covered entity**] មិនផាត់​មនុស្ស​ចេញ ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេមិនល្អដោយសារតែពូជសាស​ន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។

[**Optional: [Name of the covered entity**] បច្ចុប្បន្នមានការ [**religious and/or conscience**] លើកលែងពីការិយាល័យផ្នែកសេវាសុខភាព និងមនុស្ស (Health and Human Service, HHS) ចំពោះសិទ្ធិស៊ីវិលដែលលើកលែង [**name of the covered entity**] ពី​ការអនុលោម​តាម [**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**]។

  [**Name of covered entity**]:

  • ផ្តល់ជូនអ្នកដែលមានពិការភាពនូវការកែប្រែដែលសមហេតុផល និងជំនួយ​សមរម្យ ព្រមទាំងសេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយយើង​យ៉ាងមាន​ប្រសិទ្ធភាព ដូចជា៖

  ○ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់

  ○ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ (ជាអក្សរពុម្ពធំ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន ឬទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)។

  • ផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលមានភាសាដើម​មិនមែនភាសាអង់គ្លេស ដែលអាចរួមមាន៖

  ○ អ្នកបកប្រែដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់

  ○ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេងទៀត។

  ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការកែប្រែដែលសមហេតុផល ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជា​ការជួយ​ដ៏សមរម្យ ឬសេវាកម្មជំនួយភាសា សូមទាក់ទងទៅ [**name of Civil Rights Coordinator**]។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា [**name of covered entity**] មិនបានផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្ម​ទាំងនេះទេ ឬបានរើសអើងតាមរបៀបណាមួយដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ៖ [**name and title of Civil Rights Coordinator**] [**mailing address**] [**telephone number** ] [**TTY number—if covered entity has one**] [**fax**] [**email**]។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬតាមសំបុត្រ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។​ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង​សារទុក្ខ [**name and title of Civil Rights Coordinator**] អាចជួយអ្នកបាន។

អ្ន​កក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធស៊ីវិលតាមការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល ផ្នែកសេវាសុខភាព និងមនុស្សរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកផងដែរ ដោយអេឡិចត្រូនិកតាមការិយាល័យសម្រាប់​ផតថល​បណ្តឹង​តវ៉ាសិទ្ធស៊ីវិល ដែលមាននៅ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬដោយសំបុត្រ ឬទូរសព្ទតាម៖

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ទម្រង់បណ្តឹងគឺអាចរកបាននៅ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

[**If applicable:** សេចក្តីជូនដំណឹងនេះគឺមាននៅគេហទំព័ររបស់ [**name of covered entity's**] ៖ [**insert covered entity’s URL**]].

1. **This language/approach is not required under Section 1557 regulations.** [↑](#footnote-ref-1)