

## Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

### Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់

**[Name of covered entity]** អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ និងមិនរើសអើង ផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ (ស្របទៅនឹងទំហំ នៃការរើសអើងផ្លូវភេទ ដែលបានបង្ហាញពណ៌នាមាត្រា 45 នៃក្រមបទបញ្ជាសហព័ន្ធ (Code of Federal Regulation, CFR) § 92.101(a)(2)) **[optional:** (ឬភេទ ដែលរួមមានទាំងលក្ខណៈភេទ រួមទាំងលក្ខណៈអន្តរភេទ ការមានផ្ទៃពោះ ឬស្ថានភាពដែលទាក់ទង និន្នាការផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងផ្គត់គំនិតខាងភេទ)<sup>1</sup> **[Name of covered entity]** មិនជាតំបន់ស្មុំ ចេញ ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេមិនល្អដោយសារតែពូជសាសន៍ 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 ការអនុលោមតាម **[list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption]**<sup>1</sup>

**[Name of covered entity]:**

- ផ្តល់ជូនអ្នកដែលមានពិការភាពនូវការកែប្រែដែលសមហេតុផល និងជំនួយសមរម្យ ព្រមទាំងសេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយយើងយ៉ាងមានប្រសិទ្ធភាព

---

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

ដូចជា៖

- អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ (ជាអក្សរពុម្ពធំ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន ឬទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)។
- ផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលមានភាសាដើម

មិនមែនភាសាអង់គ្លេស ដែលអាចរួមមាន៖

- អ្នកបកប្រែដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេងទៀត។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការកែប្រែដែលសមហេតុផល ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយ ផ្គត់ផ្គង់ ឬសេវាកម្មជំនួយភាសា សូមទាក់ទងទៅ **[name of Civil Rights Coordinator]**។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា **[name of covered entity]** មិនបានផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្ម ទាំងនេះទេ ឬបានរើសអើងតាមរបៀបណាមួយដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ឌីអិមកំណើតជាតិ 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។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ **[name and title of Civil Rights Coordinator]** អាចជួយអ្នកបាន។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលតាមការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល ផ្នែកសេវាសុខភាព និងមនុស្សរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកផងដែរ ដោយអេឡិចត្រូនិកតាមការិយាល័យសម្រាប់ផតថល

បណ្តឹងតវ៉ាសិទ្ធិស៊ីវិល 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]**].