

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

차별은 위법입니다

[Name of covered entity]은(는) 관련 연방 민권법을 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별(45 CFR § 92.101(a)(2)에 설명된 성 차별의 범위와 일치)[optional: (또는 간성 특성을 포함한 성별, 임신 또는 관련 질환, 성적 지향, 성 정체성 및 성 고정관념을 포함한 성별)¹]을 이유로 차별하지 않습니다. [Name of covered entity]은(는) 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 사람을 배제하거나 부당하게 대우하지 않습니다.

[Optional: [Name of the covered entity]은(는) 현재 [name of the covered entity]이(가) [list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption]을(를) 준수하지 않아도 되는 보건복지부 산하 민권국으로부터 [religious and/or conscience] 면제를 받았습니다.

[Name of covered entity]:

- 장애인이 당사와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같이 합리적인 수정과

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

적절한 보조 기구 및 서비스를 무료로 제공합니다.

- 자격을 갖춘 수화 통역사

- 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 이용 가능한 전자 형식, 기타 형식)

- 영어가 모국어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 지원 서비스를 제공합니다.

- 자격을 갖춘 통역사

- 다른 언어로 작성된 정보

합리적인 수정, 적절한 보조 기구 및 서비스 또는 언어 지원 서비스가 필요한 경우

[**name of Civil Rights Coordinator**]에게 문의하십시오.

[**name of covered entity**]이(가) 이러한 서비스를 제공하지 않거나 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 달리 차별했다고 생각되는 경우 [**name and title of Civil Rights Coordinator**], [**mailing address**], [**telephone number**], [**TTY number—if covered entity has one**], [**fax**], [**email**](으)로 고충을 제기할 수 있습니다. 직접 방문하거나 우편, 팩스 또는 이메일을 통해 고충을 제기할 수 있습니다. 고충을 제기하는 데 도움이 필요한 경우 [**name and title of Civil Rights Coordinator**]에게 도움을 요청할 수 있습니다.

또한 미국 보건복지부 민권국 민원

포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)을 통해 전자적으로 또는 우편이나 전화로

민권국에 민권 관련 불만을 제기할 수 있습니다.

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)

불만 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 찾을 수 있습니다.

[If applicable: 본 고지는 [name of covered entity's] 웹 사이트 [insert covered entity's URL]] 에서 확인할 수 있습니다.