

## Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

### Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

विभेद गैरकानुनी छ

[Name of covered entity] प्रचलित संघीय नागरिक अधिकार कानूनको पालना गर्दछ र जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको (45 CFR § 92.101(a)(2) मा वर्णन गरिएको लैङ्गिक विभेदको दायरासँग अनुरूप) [optional: ( वा लिङ्ग, लैङ्गिक विशेषताहरू लगायत, अन्तरलैङ्गिक विशेषता, गर्भावस्था वा सम्बन्धित अवस्था, यौनिक झुकाव, लैङ्गिक पहिचान तथा लैङ्गिक स्टेरियोटाइपहरू लगायत)<sup>1</sup>] आधारमा भेदभाव गर्दैन। [Name of covered entity] जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको कारणले मानिसहरूलाई बहिष्कृत गर्दैन वा उनीहरूलाई फरक व्यवहार गर्दैन।

[Optional: [Name of the covered entity] लाई हाल HHS नागरिक अधिकार कार्यालयबाट [religious and/or conscience] छुट प्राप्त छ, जसले [name of the covered entity] लाई [list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption] को पालना गर्नबाट छुट छ।

[Name of covered entity]:

- अपाङ्गता भएका मानिसहरूलाई हामीसँग प्रभावकारी रूपमा सञ्चार गर्न उचित व्यवस्था, निःशुल्क उपयुक्त सहायता तथा सेवाहरू प्रदान गर्दछ, जस्तै:
  - योग्यता प्राप्त सांकेतिक भाषाका दोभासेहरू
  - अन्य ढाँचामा लिखित जानकारी (ठूलो प्रिन्ट, अडियो, पहुँचयोग्य विद्युतीय ढाँचा, अन्य ढाँचाहरू)
- अङ्ग्रेजी मुख्य भाषा नभएका मानिसहरूलाई निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू प्रदान गर्दछ,

---

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

जसमा निम्न सेवाहरू समावेश हुन सक्छन्:

- योग्य दोभासेहरू
- अन्य भाषाहरूमा लेखिएका सूचना।

यदि तपाईंलाई उपयुक्त व्यवस्थापन, उचित सहायता एवं सेवा वा भाषिक सहायता सेवाहरू चाहिएको भएमा यहाँ सम्पर्क गर्नुहोस्: **[name of Civil Rights Coordinator]**□

यदि तपाईंलाई **[name of covered entity]** यी सेवाहरू प्रदान गर्न असफल भएको छ वा जात, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको आधारमा अर्को तरिकाले विभेद गरेको छ भन्ने लागेमा तपाईंले निम्न निकायमा गुनासो दायर गर्न सक्नुहुन्छ: **[name and title of Civil Rights Coordinator]**, **[mailing address]**, **[telephone number]**, **[TTY number—if covered entity has one]**, **[fax]**, **[email]**। तपाईंले स्वयम् उपस्थित भएर वा हुलाक, फ्याक्स वा इमेलबाट गुनासो दायर गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंलाई गुनासो दायर गर्न मद्दत चाहिएमा तपाईंलाई सहयोग गर्न **[name and title of Civil Rights Coordinator]** उपलब्ध छ।

तपाईंले नागरिक अधिकार सम्बन्धी उजुरी संयुक्त राज्य अमेरिकाको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग, नागरिक अधिकार कार्यालय, नागरिक अधिकार उजुरी पोर्टल मार्फत यहाँ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> उपलब्ध फाराम इलेक्ट्रोनिक रूपमा दायर गर्न सक्नुहुन्छ वा निम्न ठेगानामा पत्राचार वा फोन मार्फत दायर गर्न सक्नुहुन्छ:

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)

उजुरी फारामहरू यहाँ उपलब्ध छन्: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> □

[If applicable: यो सूचना [name of covered entity's] यस वेबसाइटमा उपलब्ध छ: [insert covered entity's URL]].