

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

ਪੱਖਪਾਤ ਕਾਨੂੰਨ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਹੈ

[Name of covered entity] ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦਾ ਅਨੁਪਾਲਣ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਯੋਗਤਾ, ਜਾਂ ਸੈਕਸ (45 CFR § 92.101(a)(2) 'ਤੇ ਵਰਣਨ ਕੀਤੇ ਸੈਕਸ ਪੱਖਪਾਤ ਦੀ ਸੀਮਾ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਗਤ) [optional: (ਜਾਂ ਸੈਕਸ, ਸੈਕਸ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾਵਾਂ ਸਮੇਤ, ਇੰਟਰਸੈਕਸ ਲੱਛਣਾਂ ਸਮੇਤ; ਗਰਭਾਵਸਥਾ ਜਾਂ ਸਬੰਧਤ ਸਥਿਤੀਆਂ; ਲਿੰਗਕ ਅਨੁਕੂਲਨ; ਲਿੰਗ ਪਛਾਣ, ਅਤੇ ਸੈਕਸ ਸਬੰਧੀ ਕੱਟੜ ਧਾਰਨਾਵਾਂ) ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਪੱਖਪਾਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਨ।¹] [Name of covered entity] ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਯੋਗਤਾ, ਜਾਂ ਸੈਕਸ ਦੇ ਕਾਰਨ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਬਾਹਰ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨਾਲ ਘੱਟ ਹਿੱਤਕਾਰੀ ਵਿਵਹਾਰ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹਨ।

[Optional: [Name of the covered entity] ਕੋਲ ਇਸ ਸਮੇਂ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਦਫਤਰ (HHS Office for Civil Rights) ਵਲੋਂ ਛੋਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੈ, ਜੋ [name of the covered entity] ਨੂੰ [list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption] ਦੇ ਨਾਲ ਅਨੁਪਾਲਣ ਕਰਨ ਤੋਂ ਛੋਟ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

[Name of covered entity]:

- ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਅਸਰਦਾਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਯੋਗਤਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਨਾਸਬ ਸੁਧਾਈਆਂ ਅਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਢੁਕਵੇਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ:

- ਯੋਗਤਾ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਸੰਕੇਤ ਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
- ਹੋਰ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖਤ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਵੱਡਾ ਪ੍ਰਿੰਟ, ਐਂਡੀਓ, ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫਾਰਮੈਟ,

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

ਹੋਰ ਫਾਰਮੈਟ)□

• ਉਹਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਜਿਹਨਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ:

- ਯੋਗਤਾ-ਪ੍ਰਾਪਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ
- ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੁਨਾਸਬ ਸੰਸ਼ੋਧਣ, ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ **[name of Civil Rights Coordinator]** ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਹੈ ਕਿ **[name of covered entity]** ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸਫਲ ਰਹੀ ਹੈ ਜਾਂ ਜਾਤ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਯੋਗਤਾ, ਜਾਂ ਸੈਕਸ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉੱਤੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੱਖਪਾਤ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ: **[name and title of Civil Rights Coordinator]**, **[mailing address]**, **[telephone number]**, **[TTY number—if covered entity has one]**, **[fax]**, **[email]** ਦੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾਂ ਡਾਕ, ਫੈਕਸ, ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, **[name and title of Civil Rights Coordinator]** ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਯੂ. ਐਸ ਦੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਭਾਗ (U.S. Department of Health and Human Services), ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਲਈ ਦਫਤਰ (Office for Civil Rights) ਦੇ ਨਾਲ ਵੀ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਲਈ ਦਫਤਰ ਦੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪੋਰਟਲ ਦੁਆਰਾ ਇਲੈਕਟ੍ਰੋਨਿਕ ਢੰਗ ਨਾਲ, ਜੋ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ, ਜਾਂ ਇੱਥੇ ਡਾਕ ਜਾਂ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਵੀ ਸਿਵਲ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਲਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

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)

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

[If applicable: ਇਹ ਸੂਚਨਾ [name of covered entity's] ਵੈਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ: [insert covered entity's URL]].