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

歧视是违法行为

[**Name of covered entity**] 遵守适用的联邦民权法，不因种族、肤色、国籍、年龄、身心障碍或性别（与《联邦法规》第 45 篇第 92.101(a) 款第 (2) 条所述性别歧视的范围一致）[**optional:**（或性别，包括性特征，包括双性特征；怀孕或相关条件；性取向；性别认同和性别成见）。[1]] [**Name of covered entity**] 不会因种族、肤色、国籍、年龄、身心障碍或性别而排斥他人或给予较差的待遇。

[**Optional: [Name of the covered entity**] 目前持有美国卫生和公众服务部 (HHS) 民权办公室颁发的 [**religious and/or conscience**] 豁免，该豁免使 [**name of the covered entity**] 无须遵守 [**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**]。

[**Name of covered entity**]:

• 为身心障碍人士提供合理便利和免费的适当辅助工具和服务，以便他们与我们进行有效的沟通，例如：

○ 合格的手语翻译

○ 其他格式的书面信息（大字体、音频、无障碍电子格式、其他格式）。

• 为主要语言不是英语的人提供免费的语言协助服务，可能包括：

○ 合格的口译员

○ 以其他语言书写的信息。

---

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

如果您需要合理便利、适当的辅助工具和服务或语言协助服务，请联系 [**name of Civil Rights Coordinator**]。

如果您认为 [**name of covered entity**] 未能提供这些服务或存在其他基于种族、肤色、国籍、年龄、身心障碍或性别的歧视，您可以通过以下方式提出申诉：[**name and title of Civil Rights Coordinator**]、[**mailing address**]、[**telephone number**]、[**TTY number—if covered entity has one**]、[**fax**]、[**email**]。您可以亲自或通过信件、传真或电子邮件提出申诉。如果您在提交申诉时需要帮助，[**name and title of Civil Rights Coordinator**] 可以为您提供帮助。

您也可以通过美国卫生与公众服务部民权办公室的民权投诉门户网站 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 向该办公室提出提出公民权利申诉，或通过信件或电话提出申诉：

美国卫生与公众服务部

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019、800-537-7697（文本电话）

申诉表格可在 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 获取。

[**If applicable:** 本通知可在 [**name of covered entity's**] 网站上查阅：[**insert covered entity’s URL**]].