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

การเลือกปฏิบัติเป็นสิ่งที่ขัดต่อกฎหมาย

[**Name of covered entity**] ปฏิบัติตามกฎหมายสิทธิพลเมืองแห่งสหพันธรัฐที่ใช้บังคับ และไม่เลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ (ซึ่งสอดคล้องกับขอบเขตของการเลือกปฏิบัติทางเพศที่อธิบายไว้ใน 45 CFR § 92.101(a )(2)) [**optional:** (หรือเพศ รวมถึงลักษณะทางเพศ รวมถึงลักษณะเพศกำกวม การตั้งครรภ์หรือสภาวะที่เกี่ยวข้อง รสนิยมทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ และทัศนคติเหมารวมทางเพศ)**[[1]](#footnote-1)**] [**Name of covered entity**] ไม่ได้แยกกลุ่มบุคคลหรือปฏิบัติต่อพวกเขาในแบบที่ด้อยกว่าเนื่องจากเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ

[**Optional:** ปัจจุบัน **[Name of the covered entity**] ได้รับการยกเว้นเรื่อง [**religious and/or conscience**] โดยสำนักงาน HHS เพื่อสิทธิพลเมือง ซึ่งมีข้อยกเว้นให้ [**name of the covered entity**] ไม่ต้องปฏิบัติตาม [**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**]

  [**Name of covered entity**]:

  • จัดให้มีการปรับเปลี่ยนตามสมควรเพื่อสนับสนุนผู้ทุพพลภาพ พร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมฟรีเพื่อการติดต่อสื่อสารกับเราอย่างมีประสิทธิผล เช่น:

  ○ ล่ามภาษามือที่ผ่านการรับรอง

  ○ ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่นๆ (สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่, คลิปเสียง, รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงได้, รูปแบบอื่น ๆ)

  • ให้บริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีแก่บรรดาผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก โดยบริการช่วยเหลือดังกล่าว ได้แก่:

  ○ ล่ามภาษาต่างๆ ที่ผ่านการรับรอง

  ○ ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในภาษาอื่น

  หากคุณต้องการการปรับเปลี่ยนอย่างเหมาะสม ความช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสม หรือบริการช่วยเหลือด้านภาษา โปรดติดต่อ [**name of Civil Rights Coordinator**]

หากคุณเชื่อว่า [**name of covered entity**] ไม่สามารถให้บริการดังกล่าวไว้ข้างต้นได้ หรือถูกเลือกปฏิบัติในลักษณะอื่นด้วยเหตุแห่งเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนได้ที่: [**name and title of Civil Rights Coordinator**], [**mailing address**], [**telephone number** ], [**TTY number—if covered entity has one**], [**fax**], [**email**] คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ แฟกซ์ หรืออีเมล หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการยื่นเรื่องร้องเรียน [**name and title of Civil Rights Coordinator**] พร้อมให้ความช่วยเหลือแก่คุณ

คุณยังสามารถยื่นข้อร้องเรียนด้านสิทธิพลเมืองกับกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา สำนักงานเพื่อสิทธิพลเมือง ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านทางพอร์ทัลการร้องเรียนเรื่องสิทธิพลเมืองที่ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> หรือทางไปรษณีย์หรือโทรศัพท์ที่:

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)

แบบฟอร์มการปฏิบัติตามกฎระเบียบมีให้ดาวน์โหลดที่ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[**If applicable:** ประกาศนี้มีเผยแพร่ที่เว็บไซต์ [**name of covered entity's**]: [**insert covered entity’s URL**]].

1. **This language/approach is not required under Section 1557 regulations.** [↑](#footnote-ref-1)