

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

Дискримінація - це порушення закону

[Name of covered entity] дотримується чинного федерального законодавства про громадянські права та не допускає дискримінації за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності або статі (відповідно до сфери дискримінації за ознакою статі, описаної в 45 CFR § 92.101(a)(2)) [optional: (або стать, включаючи статеві ознаки, включно з інтерсексуальними рисами; вагітність або пов'язані з нею особливості; сексуальна орієнтація; гендерна ідентичність і статеві стереотипи).¹] [Name of covered entity] не виключає осіб і не ставиться до них менш прихильно через расу, колір шкіри, національне походження, вік, інвалідність або стать.

[Optional: [Name of the covered entity] наразі має [religious and/or conscience] виключення стосовно Управління громадянських прав HHS, які звільняють [name of the covered entity] від дотримання [list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption].

[Name of covered entity]:

- Надає людям з обмеженими можливостями обґрунтовані модифікації та безкоштовні відповідні допоміжні засоби та послуги для ефективного спілкування з нами, наприклад:

- Кваліфіковані сурдоперекладачі
- Письмова інформація в інших форматах (великий шрифт, аудіо, доступні електронні формати, інші формати).

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

- Надає безкоштовну мовну допомогу особам, основною мовою яких є не англійська, яка може включати наступне:

- Кваліфіковані перекладачі
- Інформація в письмовій формі, викладена іншими мовами.

Якщо вам потрібні обґрунтовані модифікації, відповідні допоміжні засоби та послуги або мовна допомога, зверніться до **[name of Civil Rights Coordinator]**.

Якщо ви вважаєте, що **[name of covered entity]** не надала ці послуги або дискримінувала в інший спосіб на основі раси, кольору шкіри, національного походження, віку, інвалідності чи статі, ви можете подати скаргу за адресою: **[name and title of Civil Rights Coordinator]**, **[mailing address]**, **[telephone number]**, **[TTY number—if covered entity has one]**, **[fax]**, **[email]**. Ви можете подати скаргу особисто або поштою, факсом чи електронною поштою. Якщо вам потрібна допомога з поданням скарги, **[name and title of Civil Rights Coordinator]** готовий допомогти вам.

Ви також можете подати скаргу щодо громадянських прав до Управління з громадянських прав Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США в електронному вигляді через портал скарг Управління громадянських прав за адресою <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> або поштою чи телефоном за адресою:

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)

Форми скарг доступні за адресою <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[If applicable: Це повідомлення доступне на веб-сайті **[name of covered entity's]: [insert covered entity's URL]]**.