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

Խտրականությունն անօրինական է

[**Name of covered entity**]-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների մասին գործող դաշնային օրենքներին և խտրականություն չի դրսևորում ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա (համաձայն սեռով պայմանավորված խտրականության շրջանակի՝ նկարագրված 45 CFR § 92.101 (a):)(2)-ում) [**optional:** (կամ սեռի՝ ներառյալ սեռի առանձնահատկությունները՝ ներառյալ ինտերսեքսային հատկանիշները; հղիության կամ դրա հետ կապված վիճակների, սեռական կողմնորոշման, գենդերային ինքնության և սեռական կարծրատիպերի[1]):] [**Name of covered entity**]-ը չի բացառում մարդկանց կամ նրանց պակաս բարենպաստ չի վերաբերվում ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով:

[**Optional: [Name of the covered entity**]-ը ներկայումս [**religious and/or conscience**] ազատում ունի Առողջապահության և սոցիալական ապահովության նախարարության (HHS) Քաղաքացիական իրավունքների վարչությունից, որը [**name of the covered entity**]-ին ազատում է [**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**]-ին համապատասխանելուց:

[**Name of covered entity**]:

• Հաշմանդամություն ունեցող անձանց ողջամիտ փոփոխություններ և անվճար համապատասխան օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ է տրամադրում՝ մեզ հետ արդյունավետ հաղորդակցվելու համար, ինչպիսիք են.

---

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

○ Ժեստերի լեզվի որակավորված թարգմանիչներ

○ Գրավոր տեղեկատվություն այլ ձևաչափերով (խոշոր տպագրություն, աուդիո, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր):

• Տրամադրում է անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ այն մարդկանց, ում հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, որը կարող է ներառել.

○ Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ

○ Այլ լեզուներով գրված տեղեկատվություն:

Եթե Ձեզ ողջամիտ փոփոխություններ, համապատասխան օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ կամ լեզվական աջակցության ծառայություններ են անհրաժեշտ, դիմեք [**name of Civil Rights Coordinator**]-ին:

Եթե կարծում եք, որ [**name of covered entity**]-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ այլ կերպ խտրականություն է դրսևորել ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝ [**name and title of Civil Rights Coordinator**], [**mailing address**], [**telephone number**], [**TTY number—if covered entity has one], [fax], [email]:** Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ կամ փոստով, ֆաքսով կամ էլ. փոստով: Եթե բողոք ներկայացնելու հետ կապված օգնության կարիք ունեք, [**name and title of Civil Rights Coordinator**]-ը կարող է Ձեզ օգնել:

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների խախտման վերաբերյալ բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և սոցիալական ապահովության նախարարությանը՝ Քաղաքացիական իրավունքների վարչությանը՝ էլեկտրոնային եղանակով Քաղաքացիական իրավունքների վարչության բողոքարկման պորտալի

միջոցով, որը հասանելի է https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf հասցեով, կամ փոստով կամ հեռախոսով հետևյալ հասցեով՝

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)

Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html հասցեով:

[**If applicable:** Այս ծանուցումը հասանելի է [**name of covered entity's**]-ի կայքէջում՝ [**insert covered entity's URL**]].