

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

पक्षपात कानून के खिलाफ है

[Name of covered entity] लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करते हैं और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता या लिंग (45 CFR § 92.101(a)(2) में वर्णित लिंग पक्षपात के दायरे के अनुरूप) [optional: (या लिंग, लैंगिक विशेषताओं सहित, मध्यलिंगी लक्षणों सहित; गर्भावस्था या संबंधित स्थितियाँ; यौन अनुकूलन; लिंग पहचान, और लिंग रूढ़िवादिता) के आधार पर पक्षपात नहीं करते हैं।¹] [Name of covered entity] लोगों को उनकी जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विलांगता, या लिंग के कारण वंचित नहीं रखते हैं या कम हितकारी व्यवहार नहीं करते हैं।

[Optional: [Name of the covered entity] को वर्तमान में नागरिक अधिकारों के लिए स्वास्थ्य एवं मानव सेवाओं के कार्यालय (HHS Office for Civil Rights) से [religious and/or conscience] छूट प्राप्त है, जो [name of the covered entity] को [list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption] का अनुपालन करने से छूट देता है।

[Name of covered entity]:

- विकलांग लोगों को उचित संशोधन और निःशुल्क उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं प्रदान करता है ताकि वे हमारे साथ प्रभावी ढंग से बातचीत कर सकें, जैसे कि:

- योग्य सांकेतिक भाषा दुभाषिए

- अन्य प्रारूपों में लिखित जानकारी (बड़ा प्रिंट, ऑडियो, सुलभ इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप,

अन्य प्रारूप)।

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

• उन लोगों को निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं प्रदान करता है जिनकी प्राथमिक भाषा अंग्रेज़ी नहीं है, जिसमें शामिल हो सकती हैं:

- योग्य दुभाषिए
- अन्य भाषाओं में लिखी जानकारी।

यदि आपको उचित संशोधनों, उचित सहायक साधनों और सेवाओं, या भाषा सहायता सेवाओं की आवश्यकता है, तो **[name of Civil Rights Coordinator]** से संपर्क करें।

यदि आपका मानना है कि **[name of covered entity]** आपको सेवाएं प्रदान करने में असफल रहे हैं या जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता, या लिंग के आधार पर किसी ओर तरह से पक्षपात किया है तो आप: **[name and title of Civil Rights Coordinator]**, **[mailing address]**, **[telephone number]**, **[TTY number—if covered entity has one]**, **[fax]**, **[email]** के साथ शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप व्यक्तिगत रूप से या डाक, फैक्स या ईमेल द्वारा शिकायत दर्ज कर सकते हैं। यदि आपको शिकायत दर्ज करने में मदद चाहिए, **[name and title of Civil Rights Coordinator]** आपकी मदद के लिए उपलब्ध है।

आप यू.एस. स्वास्थ्य एवं मानव सेवा विभाग (U.S. Department of Health and Human Services), नागरिक अधिकार कार्यालय (Office for Civil Rights) के पास, नागरिक अधिकार शिकायत पोर्टल कार्यालय के माध्यम से इलेक्ट्रॉनिक रूप से, जो <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> पर उपलब्ध है, अथवा डाक या फोन द्वारा यहां नागरिक अधिकार शिकायत भी दर्ज कर सकते हैं:

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)

शिकायत फॉर्म <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> पर उपलब्ध हैं।

[If applicable: यह नोटिस [name of covered entity's] वेबसाइट पर उपलब्ध है: [insert covered entity's URL]].