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

ການເລືອກປະຕິບັດເປັນສິ່ງຜິດກົດໝາຍ

[**Name of covered entity**] ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ (ສອດຄ່ອງກັບຂອບເຂດຂອງການເລືອກປະຕິບັດທາງເພດທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ທີ່ 45 CFR § 92.101(a)(2)) [**optional:** (ຫຼື ເພດ, ລວມທັງລັກສະນະສະເພາະທາງເພດ, ລວມທັງລັກສະນະລະຫວ່າງເພດ; ການຖືພາ ຫຼື ສະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ; ຄວາມມັກທາງເພດ; ການລະບຸເພດ ແລະ ແບບແຜນທາງເພດ). **[[1]](#footnote-1)**] [**Name of covered entity**] ຈະບໍ່ກີດກັນພວກເຂົາ ຫຼື ປະຕິບັດບໍ່ດີຕໍ່ພວກເຂົາຍ້ອນ ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ.

[**Optional: [Name of the covered entity**] ຕອນນີ້ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນ [**religious and/or conscience**] ຈາກສຳນັກງານເພື່ອສິດທິມະນຸດ HHS, ເຊິ່ງຍົກເວັ້ນ [**name of the covered entity**] ຈາກການປະຕິບັດຕາມ [**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**].

  [**Name of covered entity**]:

  • ຈັດໃຫ້ມີການປັບປ່ຽນຕາມສົມຄວນແກ່ຄົນພິການ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍການຟັງທີ່ເໝາະສົມແບບບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ການບໍລິການແກ່ຊຸມຊົນເພື່ອສື່ສານກັນກັບພວກເຮົາຢ່າງມີປະສິດທິພາບເຊັ່ນ:

  ○ ນັກແປພາສາມືທີ່ມີຄວາມສາມາດ

  ○ ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນ (ຕົວອັກສອນໃຫຍ່, ສຽງ, ຮູບແບບອີເລັກໂທຣນິກທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ).

  • ໃຫ້ບໍລິການຊ່ວຍຫຼາຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ຄົນຜູ້ທີ່ພາສາຫຼັກບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊິ່ງລວມມີ:

  ○ ນາຍແປພາສາທີ່ມີຄວາມສາມາດ

  ○ ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ.

  ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການປັບປ່ຽນທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ, ເຄື່ອງຊ່ວຍການຟັງທີ່ເໝາະສົມ ຫຼື ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ [**name of Civil Rights Coordinator**].

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ [**name of covered entity**] ບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການສະໜອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ເລືອກປະຕິບັດໃນຮູບແບບອື່ນຍ້ອນເຊື້ອຊາດ,​ ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ເພດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກກັບ: [**name and title of Civil Rights Coordinator**], [**mailing address**], [**telephone number** ], [**TTY number—if covered entity has one**], [**fax**], [**email**]. ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ທາງໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ອີເມວ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ [**name and title of Civil Rights Coordinator**] ພ້ອມໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກັບ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (ສຳນັກງານເພື່ອສິດທິມະນຸດຂອງກົມສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ), ທາງອີເລັກໂທຣນິກຜ່ານເວັບການຮ້ອງທຸກຂອງສຳນັກງານເພື່ອສິດທິມະນຸດ, ມີໃຫ້ທີ່<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ຫຼື ທາງໄປສະນີ ຫຼື ທາງໂທລະສັບທີ່:

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)

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

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

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