

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

A discriminação é ilegal

[Name of covered entity] cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina em razão da etnia, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo (conforme o âmbito da discriminação sexual descrito no 45 CFR § 92.101(a)(2)) [optional: (ou sexo, incluindo características sexuais ou intersexuais; gravidez ou condições relacionadas; orientação sexual; identidade de gênero e estereótipos sexuais).¹] [Name of covered entity] não exclui pessoas nem as trata de forma menos favorável devido à etnia, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo.

[Optional: [Name of the covered entity] é atualmente titular de uma isenção [religious and/or conscience] por parte do HHS Office for Civil Rights, a qual isenta a [name of the covered entity] de cumprir com [list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption].

[Name of covered entity]:

- Disponibiliza às pessoas com deficiência adaptações razoáveis e apoios e serviços auxiliares gratuitos adequados para uma comunicação eficiente, tais como:
 - Intérpretes de linguagem gestual qualificados.
 - Informação escrita noutros formatos (impressões de grandes formatos, áudio, formatos eletrónicos acessíveis, outros formatos).
- Disponibiliza serviços gratuitos de assistência linguística a pessoas cuja língua principal não seja o inglês, tais como:
 - Intérpretes qualificados.

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

- Informação escrita noutros idiomas.

Caso necessite de adaptações razoáveis, apoios e serviços auxiliares adequados ou serviços de assistência linguística, contacte **[name of Civil Rights Coordinator]**.

Caso considere que a **[name of covered entity]** não disponibilizou estes serviços ou discriminou de outra forma em razão da etnia, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo, pode apresentar uma queixa a: **[name and title of Civil Rights Coordinator]**, **[mailing address]**, **[telephone number]**, **[TTY number—if covered entity has one]**, **[fax]**, **[email]**.

Pode apresentar uma queixa pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Caso precise de ajuda para apresentar uma queixa, **[name and title of Civil Rights Coordinator]** está à sua disposição para prestar assistência.

Pode também apresentar uma queixa de direitos cívicos ao U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically por meio do Office for Civil Rights Complaint Portal, disponível em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou por correio ou telefone em:

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)

Os formulários de queixa estão disponíveis em <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[If applicable: Esta nota está disponível no website da **[name of covered entity's]**: **[insert covered entity's URL]**.