

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

การเลือกปฏิบัติเป็นสิ่งที่ขัดต่อกฎหมาย

[Name of covered entity] ปฏิบัติตามกฎหมายสิทธิพลเมืองแห่งสหพันธรัฐที่ใช้บังคับ และไม่เลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งเชื้อชาติ สีผิว ชาติดำเน็ด อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ

(ซึ่งสอดคล้องกับขอบเขตของการเลือกปฏิบัติทางเพศที่อธิบายไว้ใน 45 CFR § 92.101(a)(2))

[optional: (หรือเพศ รวมถึงลักษณะทางเพศ รวมถึงลักษณะเพศกำกวม

การตั้งครรรค์หรือสภาวะที่เกี่ยวข้อง รสนิยมทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ และทัศนคติเหมารวมทางเพศ)^{1]}

[Name of covered entity]

ไม่ได้แยกกลุ่มบุคคลหรือปฏิบัติต่อพวกเขาในแบบที่ด้อยกว่าเนื่องจากเชื้อชาติ สีผิว ชาติดำเน็ด อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ

[Optional: ปัจจุบัน **[Name of the covered entity]** ได้รับการยกเว้นเรื่อง **[religious and/or conscience]** โดยสำนักงาน HHS เพื่อสิทธิพลเมือง ซึ่งมีข้อยกเว้นให้ **[name of the covered entity]** ไม่ต้องปฏิบัติตาม **[list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption]**

[Name of covered entity]:

- จัดให้มีการปรับเปลี่ยนตามสมควรเพื่อสนับสนุนผู้ทุพพลภาพ

พร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสมฟรีเพื่อการติดต่อสื่อสารกับเราอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น:

- ล่ามภาษามือที่ผ่านการรับรอง
- ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่นๆ (สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่, คลิปเสียง,

รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงได้, รูปแบบอื่น ๆ)

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

- ให้บริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีแก่บรรดาผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก

โดยบริการช่วยเหลือดังกล่าว ได้แก่:

- ล่ามภาษาต่างๆ ที่ผ่านการรับรอง
- ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในภาษาอื่น

หากคุณต้องการการปรับเปลี่ยนอย่างเหมาะสม ความช่วยเหลือและบริการเสริมที่เหมาะสม หรือบริการช่วยเหลือด้านภาษา โปรดติดต่อ **[name of Civil Rights Coordinator]**

หากคุณเชื่อว่า **[name of covered entity]** ไม่สามารถให้บริการดังกล่าวไว้ข้างต้นได้ หรือถูกเลือกปฏิบัติในลักษณะอื่นด้วยเหตุแห่งเชื้อชาติ สีผิว ชชาติกำเนิด อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนได้ที่: **[name and title of Civil Rights Coordinator]**, **[mailing address]**, **[telephone number]**, **[TTY number—if covered entity has one]**, **[fax]**, **[email]** คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ แฟกซ์ หรืออีเมล

หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการยื่นเรื่องร้องเรียน **[name and title of Civil Rights Coordinator]** พร้อมให้ความช่วยเหลือแก่คุณ

คุณยังสามารถยื่นข้อร้องเรียนด้านสิทธิพลเมืองกับกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ของสหรัฐอเมริกา สำนักงานเพื่อสิทธิพลเมือง ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ผ่านทางพอร์ทัลการร้องเรียนเรื่องสิทธิพลเมืองที่ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> หรือทางไปรษณีย์หรือโทรศัพท์ที่:

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)

แบบฟอร์มการปฏิบัติตามกฎระเบียบมีให้ดาวน์โหลดที่

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

[If applicable: ประกาศนี้มีเผยแพร่ที่เว็บไซต์ [name of covered entity's]: [insert covered entity's URL]].