**Appendix A to Part 92—Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:**

**Discrimination is Against the Law**

[Name of covered entity] ປະ​ຕິ​ບັດຕາມ​ກົດ​ໝາຍ​ວ່າ​ດ້ວຍ​ສິດ​ທິ​ພົນ​ລະ​ເມືອງ​ຂອງ​ຣັ​ຖ​ບານ​ກາງ​ທີ່​ບັງ​ຄັບ​ໃຊ້ ແລະ​ບໍ່​ຈຳ​ແນກ​ບຸກ​ຄົນ​ໂດຍ​ອີງ​ໃສ່​ພື້ນ​ຖານ​ດ້ານ ເຊື້ອ​ຊາດ, ສີ​ຜິວ, ຊາດ​ກຳ​ເນີດ, ອາ​ຍຸ, ຄວາມ​ພິ​ການ, ຫຼື ເພດ. [Name of covered entity] ບໍ່ຈຳ​ແນກ​ບຸກ​ຄົນ ຫຼື ປະ​ຕິ​ບັດ​ຕໍ່​ພວກ​ເຂົາ​ໂດຍ​ແຕກ​ຕ່າງ​ດ້ວຍ​ເຫດ​ຜົນ​ດ້ານ ເຊື້ອ​ຊາດ, ສີ​ຜິວ, ຊາດ​ກຳ​ເນີດ, ອາ​ຍຸ, ຄວາມ​ພິ​ການ, ຫຼື ເພດ.

  [Name of covered entity]:

  • ໃຫ້​ການ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ ແລະ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ ໂດຍບໍ່​ເສັຽ​ຄ່າ ແກ່​ບຸກ​ຄົນ​ທີ່​ພິ​ການ ເພື່ອ​ໃຫ້​ສາ​ມາດ​ສື່​ສານ​ກັບ​ພວກ​ເຮົາ​ໄດ້​ຢ່າງ​ມີ​ປະ​ສິດ​ທິ​ພາບ, ເຊັ່ນ:

  ○ ນາຍ​ພາ​ສາ​ໃບ້​ທີ່​ມີ​ຄຸນ​ສົມ​ບັດ​ເໝາະ​ສົມ

  ○ ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ເປັນ​ລາຍ​ລັກ​ອັກ​ສອນໃນ​ຮູບ​ແບບ​ອື່ນໆ (ເຊັ່ນ ຕົວ​ພິມ​ໃຫ​ຍ່, ເທັບ​ບັນ​ທຶກ, ຮູບ​ແບບ ອິ​ເລັກ​ໂຕ​ຣ​ນິກທີ່​ເຂົ້າ​ເຖິງ​ໄດ້, ຮູບ​ແບບ​ອື່ນໆ)

  • ໃຫ້​ບໍ​ລິ​ການ​ດ້ານ​ພາ​ສາ​ໂດຍບໍ່​ເສັຽ​ຄ່າ ແກ່​ບຸກ​ຄົນ​ທີ່​ພາ​ສາ​ຫຼັກ​ຂອງ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ບໍ່​ແມ່ນ​ພາ​ສາ​ອັງ​ກິດ, ເຊັ່ນ:

  ○ ນາຍ​ພາ​ສາ​ທີ່​ມີ​ຄຸນ​ສົມ​ບັດ​ເໝາ​ະ​ສົມ

  ○ ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ຂຽນ​ໃນ​ພາ​ສາ​ອື່ນ

  ຖ້າ​ວ່າ ທ່ານ​ຕ້ອງ​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ເຫຼົ່າ​ນີ້, ຈົ່ງ​ຕິດ​ຕໍ່ [Name of Civil Rights Coordinator]

ຖ້າ​ວ່າ ທ່ານ​ເຊື່ອ​ວ່າ [Name of covered entity] ບໍ່​ໃຫ້​ການ​ບໍ​ລິ​ການ​ເຫຼົ່າ​ນີ້ ຫຼື ຈຳ​ແນກ​ໃນທາງ​ອື່ນ ໂດຍ​ອີງ​ໃສ່​ພື້ນ​ຖານ​ດ້ານ​ເຊື້ອ​ຊາດ, ສີ​ຜິວ, ຊາດ​ກຳ​ເນີດ, ອາ​ຍຸ, ຄວາມ​ພິ​ການ, ຫຼື ເພດ, ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ຍື່ນ​ເລື້ອງ​ຮ້ອງ​ທຸກ​ກັບ: [Name and Title of Civil Rights Coordinator], [Mailing Address], [Telephone number ], [TTY number—if covered entity has one], [Fax], [Email]. ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ຍື່ນ​ເລື້ອງ​ຮ້ອງ​ທຸກ​ດ້ວຍ​ຕົນ​ເອງ ຫຼື ໂດຍ​ທາງ​ຈົດ​ໝາຍ, ແຟກ​ຊ໌, ຫຼື ອີ​ເມວ. ຖ້າ​ວ່າ ທ່ານ​ຕ້ອງ​ການ​ຄວາມ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ໃນ​ການ​ປະ​ກອບ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ທຸກ, [Name and Title of Civil Rights Coordinator] ແມ່ນ​ພ້ອມ​ຊ່ວຍ​ເຫຼືອ​ທ່ານ.

ນອກ​ຈາກ​ນີ້ ທ່ານ​ຍັງ​ສາ​ມາດຮ້ອງ​ທຸກ​ດ້ານ​ສິດ​ທິ​ພົນ​ລະ​ເມືອງ​ໄດ້​ກັບ​ທາງ​ U.S. Department of Health and Human Services (ກະ​ຊວງ​ປະ​ຊາ​ສົງ​ເຄາະ​ແລະ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ຂອງ​ສະ​ຫະ​ຣັ​ຖ), Office for Civil Rights (ຫ້ອງ​ການ​ສິດ​ທິ​ພົນ​ລະ​ເມືອງ), ໂດຍ​ທາງ​ອິ​ເລັກ​ໂຕ​ຣ​ນິກ ຜ່ານ Office for Civil Rights Complaint Portal, ຊຶ່ງ​ມີ​ໃຫ້​ທີ່​ເວັບ​ໄຊ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ຫຼື ໂດຍ​ທາງ​ໄປ​ສະ​ນີ ຫຼື ທາງ​ໂທ​ຣະ​ສັບ ທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

​ຟອມ​ຄຳ​ຮ້ອງ​ທຸກ​ມີ​ໃຫ້​ທີ່​ເວັບ​ໄຊ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.