

## Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

### Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

Խտրականությունն անօրինական է

[**Name of covered entity**]-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների մասին գործող դաշնային օրենքներին և խտրականություն չի դրսևորում ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա (համաձայն սեռով պայմանավորված խտրականության շրջանակի՝ նկարագրված 45 CFR § 92.101 (a): )(2)-ում) [**optional:** (կամ սեռի՝ ներառյալ սեռի առանձնահատկությունները՝ ներառյալ ինտերսեքսային հատկանիշները; հղիության կամ դրա հետ կապված վիճակների, սեռական կողմնորոշման, գենդերային ինքնության և սեռական կարծրատիպերի<sup>1</sup>):]

[**Name of covered entity**]-ը չի բացառում մարդկանց կամ նրանց պակաս բարենպաստ չի վերաբերվում ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով:

[**Optional:** [**Name of the covered entity**]-ը ներկայումս [**religious and/or conscience**] ազատում ունի Առողջապահության և սոցիալական ապահովության նախարարության (HHS) Քաղաքացիական իրավունքների վարչությունից, որը [**name of the covered entity**]-ին ազատում է [**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**]-ին համապատասխանելուց:

[**Name of covered entity**]:

- Հաշմանդամություն ունեցող անձանց ողջամիտ փոփոխություններ և անվճար համապատասխան օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ է տրամադրում՝ մեզ հետ արդյունավետ հաղորդակցվելու համար, ինչպիսիք են.

---

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

- Ժեստերի լեզվի որակավորված թարգմանիչներ
- Գրավոր տեղեկատվություն այլ ձևաչափերով (խոշոր տպագրություն, աուդիո, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր):

• Տրամադրում է անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ այն մարդկանց, ում հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, որը կարող է ներառել.

- Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
- Այլ լեզուներով գրված տեղեկատվություն:

Եթե Ձեզ ողջամիտ փոփոխություններ, համապատասխան օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ կամ լեզվական աջակցության ծառայություններ են անհրաժեշտ, դիմեք **[name of Civil Rights Coordinator]**-ին:

Եթե կարծում եք, որ **[name of covered entity]**-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ այլ կերպ խտրականություն է դրսևորել ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝ **[name and title of Civil Rights Coordinator]**, **[mailing address]**, **[telephone number]**, **[TTY number—if covered entity has one]**, **[fax]**, **[email]**: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ կամ փոստով, ֆաքսով կամ էլ. փոստով: Եթե բողոք ներկայացնելու հետ կապված օգնության կարիք ունեք, **[name and title of Civil Rights Coordinator]**-ը կարող է Ձեզ օգնել:

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների խախտման վերաբերյալ բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և սոցիալական ապահովության նախարարությանը՝ Քաղաքացիական իրավունքների վարչությանը՝ էլեկտրոնային եղանակով Քաղաքացիական իրավունքների վարչության բողոքարկման պորտալի

միջոցով, որը հասանելի է <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> հասցեով, կամ  
փոստով կամ հեռախոսով հետևյալ հասցեով՝

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)

Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> հասցեով:

**[If applicable:** Այս ծանուցումը հասանելի է **[name of covered entity's]**-ի կայքէջում՝ **[insert covered entity's URL]**].