

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

ການເລືອກປະຕິບັດເປັນສິ່ງຜິດກົດໝາຍ

[Name of covered entity]

ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດໃດໜຶ່ງໃສ່

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] [Name of

covered entity] ຈະບໍ່ກົດກັນພວກເຂົາ 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]:

- ຈັດໃຫ້ມີການປັບປຸງຕາມສົມຄວນແກ່ຄົນພິການ ແລະ

ເຄື່ອງຊ່ວຍການຟັງທີ່ເໝາະສົມແບບບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ

ການບໍລິການແກ່ຊຸມຊົນເພື່ອສື່ສານກັນກັບພວກເຮົາຢ່າງມີປະສິດທິພາບເຊັ່ນ:

- ນັກແປພາສາມືທີ່ມີຄວາມສາມາດ

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

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

• ໃຫ້ບໍລິການຊ່ວຍຫຼາຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ຄົນຜູ້ທີ່ພາສາຫຼັກບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊິ່ງລວມມີ:

- ນາຍແປພາສາທີ່ມີຄວາມສາມາດ
- ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນພາສາອື່ນ.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການບັບປ່ຽນທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ, 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, ແຜ່ກ 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]].