

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

Dyskryminacja jest niezgodna z prawem

[**Name of covered entity**] przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć (zgodnie z zakresem dyskryminacji ze względu na płeć opisanym w 45 CFR § 92.101(a)(2))**optional:** (lub płeć, w tym cechy płciowe, w tym cechy interseksualne; ciążę i stany z nią związane; orientację seksualną; tożsamość płciową i stereotypy płciowe).¹] [**Name of covered entity**] nie wyklucza osób ani nie traktuje ich gorzej ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć.

[**Optional: [Name of the covered entity]** posiada obecnie zwolnienie [**religious and/or conscience**] z Biura praw obywatelskich Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, które zwalnia [**name of the covered entity**] z przestrzegania [**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**].

[**Name of covered entity**]:

- Zapewnia osobom niepełnosprawnym racjonalne modyfikacje i bezpłatne pomoce oraz usługi w celu skutecznej komunikacji z nami, takie jak:

- Wykwalifikowani tłumacze języka migowego;
- Informacje pisemne w różnych formatach (duży druk, audio, dostępne formaty elektroniczne, inne formaty).

- Zapewnia bezpłatną pomoc językową osobom, dla których język angielski nie jest

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

językiem podstawowym, co może obejmować:

- Profesjonalnych tłumaczy ustnych;
- Informacje napisane w innych językach.

Jeśli potrzebujesz racjonalnych modyfikacji, dodatkowej pomocy i usług lub pomocy językowej, skontaktuj się z **[name of Civil Rights Coordinator]**.

Jeśli uważasz, że **[name of covered entity]** nie zapewniło tych usług lub dyskryminowało w inny sposób ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć, możesz złożyć skargę do: **[name and title of Civil Rights Coordinator]**, **[mailing address]**, **[telephone number]**, **[TTY number—if covered entity has one]**, **[fax]**, **[email]**. Skargę można złożyć osobiście, pocztą, faksem lub e-mailem. Jeśli potrzebujesz pomocy w złożeniu skargi, **[name and title of Civil Rights Coordinator]** jest do Twojej dyspozycji.

Możesz także złożyć skargę dotyczącą praw obywatelskich do Biura praw obywatelskich Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych za pośrednictwem strony internetowej <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, e-mailowo lub telefonicznie:

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Formularze skarg dostępne są na <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[If applicable: To powiadomienie jest dostępne na stronie internetowej **[name of covered entity's]**: **[insert covered entity's URL]**].