

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] yürürlükteki Federal medeni haklar yasalarına uygun hareket eder ve ırk, renk, ulusal köken, yaş, engellilik durumu ve cinsiyet ayrımcılığı yapmaz. [Name of covered entity] ırk, renk, ulusal köken, yaş, engellilik durumu veya cinsiyet yüzünden insanları dışlamaz ya da onlara farklı davranmaz.

[Name of covered entity]:

• Engelli kişilere bizimle etkili bir biçimde iletişim kurabilmeleri için ücretsiz yardım ve hizmetler sağlar, örneğin:

- Kalifiye işaret dili tercümanları
- Diğer formatlarda yazılmış bilgilendirmeler (büyük yazılar ile baskı, sesli, erişilebilir elektronik formatlar, diğer formatlar)

• Anadili İngilizce olmayan kişiler için ücretsiz dil hizmetleri sağlar, örneğin:

- Kalifiye tercümanlar
- Diğer dillerde yazılı bilgilendirmeler

Bu hizmetlere ihtiyacınız var ise [Name of Civil Rights Coordinator] ile irtibat kurunuz.

Eğer [Name of covered entity]'nin bu hizmetleri sağlamada yetersiz olduğunu ya da bir başka yolla ırk, renk, ulusal köken, yaş, engellilik durumu veya cinsiyet bazında ayrımcılık yaptığını düşünüyorsanız, şu bilgileri kullanarak bir şikayet dilekçesi oluşturabilirsiniz: [Name and Title of Civil Rights Coordinator], [Mailing Address], [Telephone number], [TTY number—if covered entity has one], [Fax], [Email]. Şikayet dilekçenizi elden ya da posta, faks veya e-posta aracılığıyla iletebilirsiniz. Eğer bir şikayet dilekçesi oluşturma konusunda yardıma ihtiyaç duyarsanız, [Name and Title of Civil Rights Coordinator] size yardım edebilir.

U.S. Department of Health and Human Services (ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı), Office for Civil Rights'a (Medeni Haklar Ofisi), elektronik olarak

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> adresinden Office for Civil Rights Complaint Portal aracılığıyla ya da aşağıdaki bilgileri kullanarak posta veya telefon aracılığıyla da bir medeni haklar Şikayet dilekçesi iletebilirsiniz:

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)

Şikayet formları <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> adresinde mevcuttur.