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

差別は法律違反です

[**Name of covered entity**]は、適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、国籍、年齢、障害、または性別に基づく差別をいたしません（連邦規則集第45編92.101条(a)(2)に記載される性差別の範囲と一致する）[**optional:**（またはインターセックスの特性などの性的特徴を含む性別、妊娠または関連する状態、性的指向、性自認、および性的ステレオタイプ）]。**[[1]](#footnote-1)**[**Name of covered entity**]は、人種、肌の色、国籍、年齢、障害、または性別を理由として人を排除したり、異なる扱いをすることはありません。

[**Optional: [Name of the covered entity**]は現在、米国保健福祉省（HHS）公民権局による[**religious and/or conscience**]の免除の適用を受けています。これにより、[**name of the covered entity**]は、[**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**]の遵守を免除されています。

  [**Name of covered entity**]:

* 当社と効果的にコミュニケーションを図るため、障害のある人に、合理的変更および以下のような適切な補助支援やサービスを無料で提供いたします。
  + 資格のある手話通訳者
  + その他の形式の文字情報（大きな活字、音声、アクセシブルな電子形式、その他の形式）
* 英語を母国語としない人に、以下の言語支援サービスを無料で提供いたします。
  + 資格のある通訳者
  + 他の言語で書かれた情報

  合理的変更、適切な補助支援およびサービス、または言語支援サービスを必要とされる場合は、[**name of Civil Rights Coordinator**]までご連絡ください。

[**name of covered entity**]がこれらのサービスの提供を怠ったり、人種、肌の色、国籍、年齢、障害、または性別に基づく何らかの方法で差別したと思われる場合は、こちらまで苦情を申し立てることができます：[**name and title of Civil Rights Coordinator**]、[**mailing address**]、[**telephone number**]、[**TTY number—if covered entity has one**]、[**fax**]、[**email**]。苦情の申し立ては、直接、または郵便、ファックス、メールで行うことができます。苦情を申し立てるにあたり、援助が必要な場合は、[**name and title of Civil Rights Coordinator**]がお手伝いいたします。

また、公民権に関する苦情は、米国保健福祉省の公民権局に申し立てることができます。公民権局苦情ポータル（Office for Civil Rights Complaint Portal：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>）からオンラインで、または郵便もしくは電話で以下宛てに申請いただけます。

米国保健福祉省

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019、800-537-7697（TDD）

苦情申し立てフォームは<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>より入手いただけます。

[**If applicable:** 本通知は、[**name of covered entity's**]のウェブサイトで入手いただけます：[**insert covered entity’s URL**]]。

1. **This language/approach is not required under Section 1557 regulations.** [↑](#footnote-ref-1)