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

विभेद गैरकानुनी छ

[**Name of covered entity**] प्रचलित संघीय नागरिक अधिकार कानुनको पालना गर्दछ र जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको (45 CFR § 92.101(a)(2) मा वर्णन गरिएको लैङ्गिक विभेदको दायरासँग अनुरूप) [**optional:** ( वा लिङ्ग, लैङ्गिक विशेषताहरू लगायत, अन्तरलैङ्गिक विशेषता, गर्भावस्था वा सम्बन्धित अवस्था, यौनिक झुकाव, लैङ्गिक पहिचान तथा लैङ्गिक स्टेरियोटाइपहरू लगायत)**[[1]](#footnote-1)**] आधारमा भेदभाव गर्दैन।[**Name of covered entity**] जाति, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको कारणले मानिसहरूलाई बहिष्कृत गर्दैन वा उनीहरूलाई फरक व्यवहार गर्दैन।

[**Optional: [Name of the covered entity]** लाई हाल HHS नागरिक अधिकार कार्यालयबाट [**religious and/or conscience**] छुट प्राप्त छ, जसले [**name of the covered entity**] लाई [**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**] को पालना गर्नबाट छुट छ।

  [**Name of covered entity**]:

* अपाङ्गता भएका मानिसहरूलाई हामीसँग प्रभावकारी रूपमा सञ्चार गर्न उचित व्यवस्था, निःशुल्क उपयुक्त सहायता तथा सेवाहरू प्रदान गर्दछ, जस्तै:
  + योग्यता प्राप्त सांकेतिक भाषाका दोभासेहरू
  + अन्य ढाँचामा लिखित जानकारी (ठूलो प्रिन्ट, अडियो, पहुँचयोग्य विद्युतीय ढाँचा, अन्य ढाँचाहरू)
* अङ्ग्रेजी मुख्य भाषा नभएका मानिसहरूलाई नि:शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू प्रदान गर्दछ, जसमा निम्न सेवाहरू समावेश हुन सक्छन्:
  + योग्य दोभासेहरू
  + अन्य भाषाहरूमा लेखिएका सूचना।

  यदि तपाईंलाई उपयुक्त व्यवस्थापन, उचित सहायता एवं सेवा वा भाषिक सहायता सेवाहरू चाहिएको भएमा यहाँ सम्पर्क गर्नुहोस्: [**name of Civil Rights Coordinator**]।

यदि तपाईंलाई [**name of covered entity**] यी सेवाहरू प्रदान गर्न असफल भएको छ वा जात, रङ, राष्ट्रिय मूल, उमेर, अपाङ्गता वा लिङ्गको आधारमा अर्को तरिकाले विभेद गरेको छ भन्ने लागेमा तपाईंले निम्न निकायमा गुनासो दायर गर्न सक्नुहुन्छ: [**name and title of Civil Rights Coordinator**], [**mailing address**], [**telephone number** ], [**TTY number—if covered entity has one**], [**fax**], [**email**]। तपाईंले स्वयम् उपस्थित भएर वा हुलाक, फ्याक्स वा इमेलबाट गुनासो दायर गर्न सक्नुहुन्छ। यदि तपाईंलाई गुनासो दायर गर्न मद्दत चाहिएमा तपाईंलाई सहयोग गर्न [**name and title of Civil Rights Coordinator**] उपलब्ध छ।

तपाईंले नागरिक अधिकार सम्बन्धी उजुरी संयुक्त राज्य अमेरिकाको स्वास्थ्य तथा मानव सेवा विभाग, नागरिक अधिकार कार्यालय, नागरिक अधिकार उजुरी पोर्टल मार्फत यहाँ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> उपलब्ध फाराम इलेक्ट्रोनिक रूपमा दायर गर्न सक्नुहुन्छ वा निम्न ठेगानामा पत्राचार वा फोन मार्फत दायर गर्न सक्नुहुन्छ:

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)

उजुरी फारामहरू यहाँ उपलब्ध छन्: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>।

[**If applicable:** यो सूचना [**name of covered entity's**] यस वेबसाइटमा उपलब्ध छ: [**insert covered entity’s URL**]].

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