

**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] ได้ปฏิบัติตามรัฐบัญญัติด้านสิทธิที่เหมาะสม และไม่ได้มีการแบ่งแยกทางชาติพันธุ์ สีผิว เชื้อชาติ อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ \[Name of covered entity] ไม่ได้กีดกันผู้คน หรือเลือกปฏิบัติตามชาติพันธุ์ สีผิว เชื้อชาติ อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ

[Name of covered entity]:

- นำเสนอความช่วยเหลือและบริการฟรีแก่ผู้มีความบกพร่องด้านการสื่อสารกับเรา เช่น:
  - ล่ามภาษามือที่ผ่านการรับรอง
  - ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบอื่น (การพิมพ์ตัวใหญ่ เสียง รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้าถึงได้ รูปแบบอื่นๆ)
- ให้บริการด้านภาษาฟรีแก่บุคคลที่ไม่ได้มีภาษาอังกฤษเป็นภาษาแรก เช่น:
  - ล่ามที่ได้รับการรับรอง
  - ข้อมูลที่เขียนเป็นภาษาอื่น

ถ้าคุณต้องการบริการเหล่านี้ โปรดติดต่อ \[Name of Civil Rights Coordinator]

ถ้าคุณเชื่อว่า \[Name of covered entity] ไม่สามารถให้บริการเหล่านี้ได้ หรือมีความประพฤติแบ่งแยกในทางใดทางหนึ่ง เช่น ชาติพันธุ์ สีผิว เชื้อชาติ อายุ ความทุพพลภาพ หรือเพศ คุณสามารถร้องทุกข์ต่อ: \[Name and Title of Civil Rights

Coordinator], \[Mailing Address], \[Telephone number ], \[TTY number—if covered entity has one], \[Fax], \[Email] คุณสามารถร้องทุกข์ด้วยตนเอง หรือทางไปรษณีย์ แฟกซ์ หรืออีเมล ถ้าคุณต้องการความช่วยเหลือในการร้องทุกข์

\[Name and Title of Civil Rights Coordinator] พร้อมจะช่วยให้คุณ

คุณยังสามารถร้องทุกข์สิทธิพลเมืองได้ต่อ U.S. Department of Health and Human Services

(กระทรวงบริการด้านสุขภาพและมนุษย์แห่งสหรัฐอเมริกา) Office for Civil Rights (สำนักงานสิทธิพลเมือง)

ได้ทางอิเล็กทรอนิกส์ผ่านช่องทาง Office for Civil Rights Complaint Portal

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, หรือทางไปรษณีย์หรือโทร:

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)

รับแบบฟอร์มร้องทุกข์ที่ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.