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

التمييز مخالف للقانون

يمتثل [**Name of covered entity**] لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا يميّز على أساس العِرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو نوع الجنس (بما يتفق مع نطاق التمييز على أساس نوع الجنس الموضح في القسم 92.101(أ)(2) من الباب 45 من قانون اللوائح الفيدرالية) [**optional:**] (أو نوع الجنس، بما في ذلك الخصائص الجنسية، بما في ذلك سمات حاملي صفات الجنسين؛ والحمل أو الحالات ذات الصلة؛ والتوجه الجنسي؛ والهوية الجنسية، والقوالب النمطية الجنسية).[1] لا يستبعد [**Name of covered entity**] الأشخاص أو يعاملهم بشكل أقل تفضيلاً بسبب العِرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو الجنس.

[**Optional: يحمل [Name of the covered entity]** حاليًا إعفاءً [**religious and/or conscience**] من مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، والذي يعفي [**name of the covered entity**] من الامتثال لأحكام [**list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption**].

[**Name of covered entity**]:

- يوفر للأشخاص ذوي الإعاقة تعديلات معقولة ووسائل مساعدة وخدمات مساعدة مجانية مناسبة للتواصل بفعالية معنا، على سبيل المثال:
  - مترجمو لغة الإشارة المؤهلون
  - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (مطبوعة بحروف كبيرة، أو صوتية، أو تنسيقات إلكترونية يسهل الوصول إليها، أو تنسيقات أخرى).
- يقدم خدمات مساعدة لغوية مجانية للأشخاص الذين ليست لغتهم الأساسية الإنجليزية، والتي قد تشمل:
  - مترجمين فوريين مؤهلين
  - معلومات مكتوبة بلغات أخرى.

---

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

إذا كنت بحاجة إلى تعديلات معقولة، أو وسائل مساعدة وخدمات مساعدة مناسبة، أو خدمات مساعدة لغوية، فتواصل مع [**name of Civil Rights Coordinator**].

إذا كنت تعتقد أنّ [**name of covered entity**] قد أخفق في تقديم هذه الخدمات أو مارس التمييز بطريقة أخرى على أساس العِرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو العمر، أو الإعاقة، أو نوع الجنس، فيمكنك تقديم تظلّم إلى: [**name and title of Civil Rights Coordinator**]، [**mailing address**]، [**telephone number**]، [**TTY number—if covered entity has one**]، [**fax**]، [**email**]. يمكنك تقديم تظلّم شخصيًا أو عن طريق البريد العادي أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلّم، فإن [**name and title of Civil Rights Coordinator**] متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، إلكترونيًا من خلال بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية، المتاحة على https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf، أو عبر البريد العادي أو الهاتف على العنوان:

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 (جهاز الاتصالات لأصحاب الإعاقة السمعية)

نماذج الشكاوى متاحة على http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

[**If applicable:** يتوفر هذا الإشعار على موقع [**name of covered entity's**] الإلكتروني: [**insert covered entity's URL**]].