

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] は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害、または性別に基づく差別をいたしません。[Name of covered entity] は人種、肌の色、出身国、年齢、障害、または性別を理由として人を排除したり、異なる扱いをいたしません。

[Name of covered entity]:

・効果的にコミュニケーションを図るため、障害のある人に以下の支援やサポートを無料で提供いたします。

○資格ある手話通訳者

○その他形式の文字情報（大きな活字、音声信号、手軽な電子形式、その他）

・英語を母語としない人へ以下の言語サービスを無料で提供いたします。

○資格ある通訳者

○英語以外の言語で書かれた情報

これらの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、出身国、年齢、障害、または性別に基づいた何らかの方法で差別したと思われる場合、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、U.S. Department of Health and Human Services（保健社会福祉省）のOffice for Civil Rights（公民権局）へ、Office for Civil Rights Complaint

Portal <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>から電子申請するか、以下へ郵便または電話で申し立てることもできます：

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)

苦情申立書は <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> よりダウンロードいただけます。