

## Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

### Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

বৈষম্য আইন বিরুদ্ধ কাজ

[Name of covered entity] প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন অনুপালন করে এবং জাতি, বর্ণ, রাষ্ট্রীয় মূল, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের (45 CFR § 92.101(a)(2) এ বর্ণিত লিঙ্গবৈষম্যের পরিসীমার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ) [[optional: (বা লিঙ্গ, যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে লিঙ্গের বৈশিষ্ট্য, ইন্টারসেক্স বৈশিষ্ট্য; গর্ভাবস্থা বা সংশ্লিষ্ট অবস্থা; যৌন অভিযোজন; লিঙ্গ পরিচয়, এবং সেক্স স্টেরিওটাইপ সহ) ভিত্তিতে বৈষম্য করে না।<sup>1</sup>] [Name of covered entity] জাতি, বর্ণ, রাষ্ট্রীয় মূল, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের কারণে লোকেদের বাদ দেয় না বা তাদের সাথে কম পরিমাণে অনুকূল আচরণ করে না।

[Optional: [Name of the covered entity] এর কাছে বর্তমানে HHS অফিস ফর সিভিল রাইটসের তরফ থেকে একটি [religious and/or conscience] অব্যাহতি রয়েছে, যা [name of the covered entity] কে [list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption] অনুপালন করা থেকে অব্যাহতি প্রদান করে।

[Name of covered entity]:

- প্রতিবন্ধী ব্যক্তিদের আমাদের সাথে কার্যকরভাবে যোগাযোগ করার জন্য যুক্তিসঙ্গত সংশোধন এবং বিনামূল্যে উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদি প্রদান করে, যেমন:
  - যোগ্য সাইন ল্যাঙ্গুয়েজের দোভাষী
  - অন্যান্য ফরম্যাটে (লার্জ প্রিন্ট, অডিও, অ্যাক্সেসযোগ্য ইলেকট্রনিক ফরম্যাট,

---

<sup>1</sup> This language/approach is not required under Section 1557 regulations.

অন্যান্য ফরম্যাট) লিখিত তথ্য।

• প্রাথমিক ভাষা ইংরেজি নয় এমন ব্যক্তিদের বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি প্রদান করে, যার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে:

- যোগ্য দোভাষী
- অন্যান্য ভাষায় লিখিত তথ্য।

যদি আপনার যুক্তিসঙ্গত সংশোধন, উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদি বা ভাষা সহায়তা পরিষেবার প্রয়োজন হয় তাহলে [name of Civil Rights Coordinator] এর সাথে যোগাযোগ করুন।

যদি আপনি মনে করেন যে [name of covered entity] এই পরিষেবাগুলি প্রদান করতে ব্যর্থ হয়েছে অথবা অন্য কোনোভাবে জাতি, বর্ণ, রাষ্ট্রীয় মূল, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করেছে তাহলে আপনি নিম্নলিখিত মাধ্যমে একটি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন:

[name and title of Civil Rights Coordinator], [mailing address], [telephone number ], [TTY number—if covered entity has one], [fax], [email] □ আপনি সশরীরে উপস্থিত হয়ে অথবা ডাকযোগে, ফ্যাক্স করে বা ইমেলের মাধ্যমে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। অভিযোগ দায়ের করতে যদি আপনার সহায়তার প্রয়োজন হয় তাহলে [name and title of Civil Rights Coordinator] আপনাকে সাহায্য করার জন্য উপলব্ধ রয়েছে।

এছাড়াও আপনি U.S. ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ অ্যান্ড হিউম্যান সার্ভিসেস, অফিস ফর সিভিল রাইটসে <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>-এ উপলব্ধ অফিস ফর সিভিল রাইটসের কমপ্লেইন্ট পোর্টালের মাধ্যমে ইলেকট্রনিকভাবে নাগরিক অধিকারের অভিযোগ দায়ের করতে পারেন অথবা ডাকযোগে বা ফোনের মাধ্যমেও করতে পারেন:

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)

অভিযোগ করার ফর্ম এখানে পাওয়া যাবে <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[If applicable: এই বিজ্ঞপ্তিটি [name of covered entity's] ওয়েবসাইটে উপলব্ধ রয়েছে: [insert covered entity's URL]].