

Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility

Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

Οι Διακρίσεις είναι ενάντια στον Νόμο

Η **[Name of covered entity]** συμμορφώνεται με την ισχύουσα ομοσπονδιακή νομοθεσία για τα πολιτικά δικαιώματα και δεν κάνει διακρίσεις βάσει φυλής, χρώματος, εθνοτικής καταγωγής, ηλικίας, αναπηρίας ή φύλου (σύμφωνα με το εύρος των διακρίσεων φύλου που περιγράφονται στο άρθρο 45 § 92.101(a)(2)) **[optional:** (ή φύλο, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών φύλου, συμπεριλαμβανομένων των ίντερσεξ χαρακτηριστικών, εγκυμοσύνης ή σχετικής κατάστασης, σεξουαλικού προσανατολισμού, ταυτότητας φύλου και στερεοτύπων φύλου).^{1]} Η **[Name of covered entity]** δεν εξαιρεί άτομα ούτε τα αντιμετωπίζει λιγότερο ευνοϊκά λόγω της φυλής, του χρώματος, της εθνοτικής καταγωγής, της ηλικίας, της αναπηρίας ή του φύλου.

[Optional: Η **[Name of the covered entity]** αυτήν τη στιγμή διαθέτει μια **[religious and/or conscience]** εξαίρεση από το Γραφείο HHS για τα ανθρώπινα δικαιώματα, η οποία εξαιρεί τον/την **[name of the covered entity]** από τη συμμόρφωση με τις διατάξεις **[list provisions of Section 1557 to which the exemption applies, and the scope/terms of that exemption]**.

[Name of covered entity]:

• Παρέχει στα άτομα με αναπηρίες εύλογες τροποποιήσεις και δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για να επικοινωνούν αποτελεσματικά μαζί μας, όπως:

- Πιστοποιημένους διερμηνείς νοηματικής γλώσσας
- Γραπτές πληροφορίες σε άλλες μορφές (μεγάλα τυπογραφικά στοιχεία,

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

ακουστική έκδοση, προσβάσιμους ηλεκτρονικούς μορφότυπους, άλλες μορφές).

- Παρέχει δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης σε άτομα που η κύρια γλώσσα τους

δεν είναι τα Αγγλικά, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Πιστοποιημένους διερμηνείς
- Γραπτές πληροφορίες σε άλλες γλώσσες.

Εάν χρειάζεστε εύλογες τροποποιήσεις, κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες ή υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, επικοινωνήστε με τον/την [**name of Civil Rights Coordinator**].

Εάν πιστεύετε ότι η [**name of covered entity**] απέτυχε να παρέχει αυτές τις υπηρεσίες ή έχει κάνει διακρίσεις με οποιονδήποτε άλλο τρόπο με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνοτική καταγωγή, την ηλικία, την αναπηρία ή το φύλο, μπορείτε να υποβάλετε ένα παράπονο στον/στην: [**name and title of Civil Rights Coordinator**], [**mailing address**], [**telephone number**], [**TTY number—if covered entity has one**], [**fax**], [**email**]. Μπορείτε να υποβάλετε ένα παράπονο αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά, μέσω fax ή email. Σε περίπτωση που χρειάζεστε βοήθεια με την υποβολή παραπόνου, ο/η [**name and title of Civil Rights Coordinator**] είναι στη διάθεσή σας.

Μπορείτε επίσης να υποβάλετε μια καταγγελία σχετικά με τα πολιτικά δικαιώματα στο Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ, Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων, ηλεκτρονικά μέσω της Πύλης Καταγγελιών του Γραφείου Πολιτικών Δικαιωμάτων, που διατίθεται στη διεύθυνση <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ή ταχυδρομικά ή μέσω τηλεφώνου στη διεύθυνση:

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)

Τα έντυπα καταγγελιών διατίθενται στη διεύθυνση

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

[If applicable: Η παρούσα ανακοίνωση διατίθεται στον ιστότοπο **[name of covered entity's]:**
[insert covered entity's URL]].