

Appendix A to Part 92—Sample Notice Informing Individuals About Nondiscrimination and Accessibility Requirements and Sample Nondiscrimination Statement:

Discrimination is Against the Law

Holon Inclusive Health System వం్న చీున్నని పెడరల్ మానవ హక్కుల చ్ఛాయిబ్బడి ఉ్న స్ుధిమంయ్బ్బా, ర్న గజ్జీయత, వయ్యివై ఎల్లీ లేదాల్ని గం ఆధర్న గబల్నా శీవ్నమవి ఎనిపరచదు. Holon Inclusive Health System వ్నలను మ్ననహాయి చదుదాబ్బా, ర్న గజ్జీయత, వయ్యివై ఎల్లీ లేదాల్ని గ్న ఆధర్న గబ్బున్న గూడదు.

Holon Inclusive Health System:

- వైకల్యతల కారణంగా మాతో సమర్థవంతంగా సంభాషించలేకపోయిన వారికి దిగువ పేర్కొన్న రీతుల్లో ఉచిత ఉపకరణాలను మరియు సేవలు అందించబడతాయి:
 - అర్హత కలిగిన సంజ్ఞా భాష దుబాషీలు
 - ఇతర ఫార్మేట్లో రాయబడ్డ సమాచారం (పెద్ద ప్రింట్, ఆడియో, యాక్సెసబుల్ ఎలక్ట్రానిక్ ఫార్మేట్లు, ఇతర ఫార్మేట్లు)
- ఇంగ్లీష్ ప్రాథమిక భాష కానివారికి దిగువ పేర్కొన్నవిధంగా ఉచిత భాషా సర్వీసులు అందించబడతాయి:
 - అర్హులైన దుబాషీలు
 - ఇతర భాషల్లో రాయబడ్డ సమాచారం

బివేళ ఈ సేవలు కబాలనని అన్నుచి శీదయచేనె Diane Boswell మ్నె ప్రద్విచ్చడి

Holon Inclusive Health System ఈ సేవల్నిల్ని ద్విచడ్న బ్నీఫలమైనాలేదాజత, ర్న గజ్జీయత, వయ్యివై ఎల్లీ లేదాల్ని గ్న ఆధర్న గబ్బె నార్నీ లోవ్నమవిఎనిపర్చిన్నామరవి శ్నె చ్చిన్నాయితే, దిగబ పేర్కొన్న వర్ వద్దక్లేక నన్న్న్ కోరుచి ల్ చేయవచ్చు Diane Boswell, P.O. Box 242, Wildwood, MO 63040, Ph: 844-902-2554, TTY: 314-413-6243, Fax: 833-914-0432, Email: admin@hihealthsystem.com. మ్నర్న కిగత్న గల్దామెయిల్, వ్నల్దాఇమెయిల్ దర్నామి క్లేకబ్బున్నమ్న మ్నర్నక్లేకన్నని వై ల్ చేయడ్న బ్నీవేళ సెయం అమర్న అయితే, సెయం చేయడనకి Holon Inclusive Health System లబ్బి అవ్నారు

U.S. Department of Health and Human Services (అమెర్కాఆరోగ్యమంయ్నమానవ సేవల

డిపార్ట్మెన్న్ Office for Civil Rights (పెర హక్కుల కల్యాయం) వద్ద మానవ హక్కులను పెర్యునుసిడా

మీరు ఫైల్ చేయవచ్చు, అదేవిధంగా Office for Civil Rights Complaint Portal

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ద్వారా ఎలక్ట్రానిక్ రూపంలో ఫిర్యాదు చేయవచ్చు లేదా మెయిల్

లేదా ఫోన్ ద్వారా ఫిర్యాదు చేయవచ్చు:

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)

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> వద్ద ఫిర్యాదు ఫారాలు లభ్యం అవుతాయి.