



**ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ  
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងនៃ  
ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង (ADA)**



ទម្រង់បែបបទនេះគឺសំរាប់ជំនួយដល់បណ្តឹងក្រៅផ្លូវការតាមរយៈ DPSS ដែលបានរៀបចំឡើងដើម្បីដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងឱ្យបានឆាប់រហ័ស ដែលទាក់ទងទៅនឹងការរំលោភបំពានលើច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង។

ការប្រើទម្រង់បែបបទនេះមិនតម្រូវឱ្យអនុវត្តទៅតាមបទបញ្ញត្តិសហព័ន្ធ និង មិនមែនដូចផ្ដើមពាក្យបណ្តឹងតាមផ្លូវច្បាប់ ឬ នីតិវិធីបណ្តឹងជាផ្លូវការនោះទេ។

អ្នកប្រហែលជាអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងមួយ បើសិនជាអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានរើសអើង ពីព្រោះតែភាពពិការរបស់អ្នក ឬ អ្នកមិនពេញចិត្តចំពោះកិច្ចការជួយដែលអ្នកបានទទួល ដែលទាក់ទងនឹងសេចក្តីត្រូវការលើភាពពិការរបស់អ្នក។ ភាពពិការមួយចំនួនអាចមានរួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកំរិតត្រឹមតែ បញ្ហាជាមួយនឹងការដើរ ការអង្គុយ ការឈរ ការអាន ការរៀន ការយល់ដឹង ការនិយាយ ការស្តាប់ ការមើលឃើញ ការស្ថិតនៅក្នុងចំណោមហ្វូងមនុស្សជាច្រើន និង ការបាត់បង់ស្មារតីចងចាំ។

**សេចក្តីណែនាំបង្ហាញ**

1. ពាក្យបណ្តឹងត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយគួរតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និង លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកដាក់ប្តឹង ជាមួយនឹងសេចក្តីរៀបរាប់សង្ខេបនៃការចោទប្រកាន់អំពីការរំលោភបំពាន។
2. សូមដាក់បញ្ចូលវិធានការកែតម្រូវដែលត្រូវបានស្នើសុំ ដើម្បីដោះស្រាយនូវការចោទប្រកាន់អំពីការរំលោភបំពាន។
3. ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងទាំងអស់ គួរតែត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។
4. អ្នកអាចផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬ អ៊ីម៉ែលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកទៅអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែក ADA ចំណាងជើងទី II នៃ DPSS ឬ ទៅការិយាល័យនៃអគ្គនាយក (CEO) អង្គភាពផ្នែកសិទ្ធិមនុស្សពិការ ដែលមានរាយឈ្មោះខាងក្រោម ៖

ADA Title II Coordinator  
Department of Public Social Services  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
លេខទូរស័ព្ទ: (562) 908-8501  
Fax: (562) 692-2240  
TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (ពេល  
ម៉ោងធ្វើការប៉ុណ្ណោះ: 7:00 a.m. ដល់ 4:30 p.m.)

Chief Executive Office  
Disability Civil Rights Section  
500 West Temple Street, Room 754  
Los Angeles, California 90012  
លេខទូរស័ព្ទ: (213) 202-6944  
TTY: (855) 872-0443  
អ៊ីម៉ែល: [Adavis@ceo.lacounty.gov](mailto:Adavis@ceo.lacounty.gov)

5. អ្នកអាចស្នើសុំជំនួយជាផ្លូវការដើម្បីពិភាក្សាជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលរបស់ DPSS ផ្នែក ADA ចំណាងជើងទី II ដើម្បីឱ្យគេឆ្លើយនូវសំណួរផ្សេងៗ ណាមួយបាន។
6. ក្រសួង DPSS នឹងទទួលស្គាល់ការទទួលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៅក្នុងអំឡុងពេលប្រាំ (5) ថ្ងៃធ្វើការ ចាប់ពីថ្ងៃដែលពាក្យបណ្តឹងត្រូវបានដាក់ប្តឹងនេះ។

**សូមកត់ចំណាំ:**

- ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងក្រៅផ្លូវការនេះ គឺមិនមែនជាសេចក្តីតម្រូវមួយនៅក្រោមបទបញ្ញត្តិសហព័ន្ធ ឬក៏ វារាវាងមិនឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យប្តឹងជាមួយនឹងទីភ្នាក់ងារក្រសួងមានសមត្ថកិច្ចសហព័ន្ធដែលពាក់ព័ន្ធនោះទេ។
- ការសងសឹង ការបង្ខិតបង្ខំ ការគំរាមគំហែង ការជ្រៀតជ្រែក ឬ ការតាមយាយីណាមួយ សំរាប់ការដាក់ពាក្យប្តឹងគឺត្រូវបានហាមឃាត់ និង ត្រូវតែរាយការណ៍ជាបន្ទាន់ទៅអ្នកសម្របសម្រួលរបស់ DPSS ផ្នែក ADA ចំណាងជើងទី II លេខ: (562) 908-8501 ឬទៅការិយាល័យ CEO ខោនធី អង្គភាពផ្នែកសិទ្ធិមនុស្សពិការ លេខ: (213) 202-6944 ។

**ទម្រង់បែបបទនេះគឺមានផ្តល់ជូននៅក្នុងទម្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដោយអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកអង្គភាព ADA តាមការស្នើសុំ។**



ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ  
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងនៃ  
ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង (ADA)



អ្នកចំពេញទម្រង់បែបបទ (សូមគូសប្រអប់មួយ):  អ្នកដាក់ប្តឹង  អ្នកតំណាងស្របច្បាប់

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ:(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

អ៊ីម៉ែល: \_\_\_\_\_

**ការចោទប្រកាន់លើបទរំលោភបំពាន**

សូមរៀបរាប់អំពីអ្វីៗដែលឡូសអិសយឺឡេសខោនធីមិនបានអនុវត្តទៅតាម ADA ។ សូមផ្តល់នូវព័ត៌មានឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់យ៉ាងលំអិត ដើម្បីធ្វើឱ្យពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកបានច្បាស់លាស់ (សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់)។

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ការស្នើសុំឱ្យចាត់វិធានការ**

តើវិធានការអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យខោនធីយកទៅកែសម្រួលឱ្យបានត្រឹមត្រូវលើការចោទប្រកាន់ថាមិនបានអនុវត្តតាម ADA ឬ ការរើសអើងនោះ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_ ខែ ថ្ងៃឆ្នាំ: \_\_\_\_\_

*“ធ្វើឱ្យជីវិតមានន័យខ្លឹមសារឡើង តាមរយៈកិច្ចការជួយបំរើដែលមានប្រសិទ្ធភាព និង ការយកចិត្តទុកដាក់”*