



# УПРАВЛЕНИЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ АКТ ОБ АМЕРИКАНСКИХ ГРАЖДАНАХ ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ (ADA) ФОРМА ДЛЯ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ



Данная форма предназначена для неофициальной подачи жалобы в Управление DPSS в целях ускоренного рассмотрения нарушений в рамках Акта об Американских гражданах, имеющих инвалидность.

Использование данной формы не входит в число требований, предъявляемых федеральным законодательством и не является основанием для возбуждения судебного процесса или официального расследования жалобы.

Вы можете подать жалобу если считаете, что в отношении вас была проявлена дискриминация по причине вашей инвалидности, или если вы не удовлетворены теми услугами, которые были вам предоставлены в связи с вашей инвалидностью. Некоторые виды инвалидности могут включать, но не ограничиваются такими проблемами как трудности при ходьбе, сидении, стоянии, чтении, обучении, понимании, проблемы слуха, речи, зрения, боязнь толпы и потеря памяти.

## Инструкции

1. Жалоба должна подаваться в письменном виде и содержать такие данные как имя, адрес, номер телефона подающего жалобу, а также краткое описание предполагаемых нарушений.
2. Укажите также, пожалуйста, какие меры, как вы считаете, должны быть приняты, чтобы эти предполагаемые нарушения были исправлены.
3. Все формы жалобы должны быть подписаны.
4. Вы можете отправить жалобу(ы) по почте или по e-мейлу Координатору программы ADA Title II Управления DPSS или в Офис Исполнительного Директора (CEO), Отдел по Гражданским правам имеющих инвалидность по адресу:

ADA Title II Coordinator  
Department of Public Social Services  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
Телефон: (844) 586-5550  
Fax: (562) 692-2240  
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)  
(Часы работы: с 7:00 утра до 4:30 дня)

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

5. Вы можете попросить назначить вам неофициальную встречу с Координатором программы ADA Title II Управления DPSS, чтобы получить ответы на имеющиеся у вас вопросы.
6. Управление DPSS в письменном виде уведомит вас о получении жалобы в течение пяти (5) рабочих дней считая с даты регистрации жалобы.

## Учтите, пожалуйста:

- Эта неофициальная процедура подачи жалобы не входит в число требований, предъявляемых федеральным законодательством и не препятствует подаче вами официальной жалобы в соответствующие правоохранительные государственные структуры.
- Любое подавляющее действие, ограничение, угрозы, запугивание, вмешательство, преследование, имеющие целью помешать подаче жалобы, запрещены и о них необходимо незамедлительно сообщать Координатору программы ADA Title II Управления DPSS по номеру: (844) 586-5550 или же в Офис Исполнительного Директора (CEO), Отдел по Гражданским правам имеющих инвалидность по номеру: (213) 202-6944.

***Данная форма может быть получена в альтернативном формате по вашему запросу у Ведомственного Координатора программы ADA.***



**УПРАВЛЕНИЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ  
АКТ ОБ АМЕРИКАНСКИХ ГРАЖДАНАХ  
ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ (ADA)  
ФОРМА ДЛЯ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ**



Лицо, заполняющее форму(отметьте одно):  Подающий жалобу  
 Уполномоченный представитель

Имя: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Но.телефона: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Е-мейл: \_\_\_\_\_

**ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ НАРУШЕНИЯ**

Укажите, как именно Округ Лос-Анджелес нарушил законоположения акта ADA. Предоставьте как можно больше деталей, чтобы сделать вашу жалобу как можно более ясной (при необходимости, приложите дополнительные листки бумаги).

Дата предполагаемого нарушения \_\_\_\_\_

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

**ТРЕБУЕМЫЕ ДЕЙСТВИЯ**

Какие действия, по вашему мнению, должны быть предприняты, чтобы исправить предполагаемые нарушения положений акта ADA или дискриминацию?

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

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

*«Обогатить жизни путем эффективного и заботливого обслуживания»*