



**Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների ակտ  
(Americans with Disabilities Act - ADA)**

**Հայց ողջամիտ հարմարեցումների/փոփոխությունների համար**

Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների մասին 1990 թվականի օրենքի (ADA) II բաժնի պահանջներին համապատասխան, Լոս Անջելես մարզի Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչությունը (DPSS) խտրականություն չի ցուցաբերում հաշմանդամություն ունեցող որակավորված անձանց նկատմամբ, իր ծառայություններում, ծրագրերում կամ գործողություններում: Օրենքը պահանջում է, որ DPSS-ը հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրի ողջամիտ հարմարեցումներ/ փոփոխություններ:

Մենք կարող ենք հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրել լրացուցիչ օգնություն, որը նրանց անհրաժեշտ է, կամ փոփոխել ծրագրի որոշ պահանջներ և գործելակերպեր: Ստորև բերված են օրինակներ, որոնց համար դուք կարող եք օգնություն խնդրել.

- Կարդալ մեր փաստաթղթերը և ձևերը
- Լրացնել մեր ձևերը
- Որոնել պահանջվող փաստաթղթերը
- Աշխատանքի և ծրագրի այլ պահանջների փոփոխություններ
- Նշանակել ժամադրություններ
- Այլ ողջամիտ հարմարեցումներ/փոփոխություններ

Եթե դուք հաշմանդամություն ունեցող անձնավորություն եք և պահանջում եք ողջամիտ հարմարեցում/փոփոխություն DPSS ծրագրերին և ծառայություններին մուտք գործելու կամ մասնակցելու համար, կարող եք կցված հարցման ձևը ներկայացնել DPSS-ի ցանկացած աշխատակցի կամ օգնություն խնդրել DPSS-ի ցանկացած աշխատակցից: Դուք կարող եք նաև զանգահարել DPSS-ի ADA թեժ գիծ՝ ողջամիտ հարմարեցում/փոփոխություն խնդրելու համար.

**DPSS ADA Title II Coordinator**  
 12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746  
 Հեռախոս. **(844) 586-5550**  
 Ֆաքս. **(562) 692-2240**  
[ADAHelp@dpss.lacounty.gov](mailto:ADAHelp@dpss.lacounty.gov)  
**TTY: (877) 735-2929** (California Relay)

Համապատասխան ողջամիտ հարմարեցման/փոփոխության որոշումը համագործակցային գործընթաց է, որը կգնահատվի անհատական հիմունքներով:

DPSS-ը կպատասխանի ձեր հարմարեցման/փոփոխության խնդրանքին, ձեր հարցումն ստանալուց հետո, հինգ (5) աշխատանքային օրվա ընթացքում:

**Նշում. Դուք պարտավոր չեք լրացնել այս ձևը, որպեսզի ձեզ տրամադրվի հարմարեցում/փոփոխություն:**

**Այս ձևը կարող եք ստանալ այլընտրանքային ձևաչափերով, վարչական ADA համակարգողից:**



Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների ակտ  
Հայց ողջամիտ հարմարեցումների/փոփոխությունների համար

Անուն. Գործի համար.

Հասցե

Քաղաք Նահանգ Ինդեքս

Հեռախոս. TTY Էլ. հասցե.

Ինչպե՞ս կցանկանայիք տեղեկացված լինել հարմարեցման/փոփոխության ձեր խնդրանքի կարգավիճակի մասին.

Հեռախոս Գրավոր Այլ

**Ի՞նչ տեսակի օգնության կարիք ունեք (նշեք այն ամենը, որ կիրառելի է)**

Կարողալ	Լսել	Խոսել	Հասկանալ
Տեսնել	Կանգնել	Հիշել	Քայլել
Բազմության մեջ լինել	Կառավարել զգացմունքները	Լրացնել ձևերը	Նշանակել ժամադրություն
Ամերիկյան ժեստերի լեզու (ASL)		Այլ.	

Հաճախորդի ստորագրություն Ամսաթիվ

Եթե մեկ ուրիշը լրացրել է ձեր անունից Ողջամիտ հարմարեցումների/փոփոխությունների հայտի ձևը, ն դուք ցանկանում եք թույլատրել Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչությանը (DPSS) քննարկել ձեր Ողջամիտ հարմարեցումների/փոփոխությունների հարցումը նրանց հետ, մեզ անհրաժեշտ է ձեր համաձայնությունը: Խնդրում ենք լրացնել ստորև բերված բաժինը և ստորագրել: Ես լիազորում եմ քննարկել իմ

հարմարեցումների/փոփոխությունների հայտը DPSS-ի հետ 30 օրվա ընթացքում: Ես կարող եմ ցանկացած պահի չեղարկել այս թույլտվությունը, բացառությամբ այն տեղեկությունների, որոնք արդեն ներկայացվել են DPSS-ին: Այս փաստաթուղթը պահվում է գործի նյութերում և չի հրապարակվի առանց իմ ստորագրած համաձայնության յուրաքանչյուր հրապարակման համար, եթե հրապարակումը հատուկ պահանջված չէ կամ թույլատրված չէ օրենքով: Ես կարդացի այս ձևը (կամ խնդրեցի այն կարդալ ինձ համար) այն լրացվելուց հետո: Ես տեղյակ եմ, որ կարող եմ պահանջել այս փաստաթղթի պատճեն:

Հաճախորդի ստորագրություն Ամսաթիվ

Տպել լիազորված անձի անունը Ազգակցական կապը հաճախորդի հետ Լիազորված անձի հեռախոսի համարը

Լիազորված անձի հասցեն