



# ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិក

## សំណើសុំសំរាប់ដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ

យោងទៅតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃចំណងជើងទី II នៃច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិក (ADA) នៃឆ្នាំ 1990, ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) នៃខោនធីឡូសអានីយ៉ឺឡេស និងមិនរើសអើងចំពោះបុគ្គលដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលជាជនពិការនៅក្នុងការផ្តល់សេវា កម្មវិធី ឬសកម្មភាពនានារបស់ក្រសួងឡើយ។ ច្បាប់នេះតម្រូវឱ្យ DPSS ផ្តល់នូវដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យដល់បុគ្គលដែលមានពិការភាព។

យើងអាចផ្តល់ជូនដល់មនុស្សទាំងឡាយណាដែលមានពិការភាពពិការជំនួយបន្ថែមដែលពួកគេត្រូវការ ឬកែសម្រួលលើសេចក្តីតម្រូវនៃកម្មវិធី និងការអនុវត្តសកម្មភាពមួយចំនួនបាន។ ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃអ្វីៗដែលយើងអាចជួយជាមួយនឹង៖

- ការអានឯកសារ និងសំណៅរបស់យើង
- ការបំពេញសំណៅរបស់យើង
- ការទៅយកឯកសារដែលយើងត្រូវការ
- ការផ្លាស់ប្តូរវិធាននៃការងារ និងសេចក្តីតម្រូវនៃកម្មវិធីផ្សេងទៀត
- ការធ្វើការស្នើសុំពេលណាត់ជួប
- ការផ្តល់ដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យផ្សេងៗទៀត

ប្រសិនបើអ្នកគឺជាបុគ្គលដែលមានពិការភាព ហើយត្រូវការដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬចូលរួមក្នុងកម្មវិធី និងសេវាកម្មរបស់ DPSS អ្នកអាចដាក់ស្នើសុំដល់ស្នើសុំដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយនេះ ទៅបុគ្គលិក DPSS ឬ អ្នកអាចសួររូបភាពបុគ្គលិក DPSS ណាម្នាក់ សំរាប់ជំនួយក្នុងការបំពេញសំណៅនេះ។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទទៅលេខទូរស័ព្ទពិសេស ផ្នែកច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិក នៃក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS ADA Hotline) ដើម្បីស្នើសុំសំរាប់ដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យនៅខាងក្រោម៖

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

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណលើដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ គឺជាដំណើរការនៃកិច្ចសហប្រតិបត្តិការដែលនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាននៃបុគ្គលម្នាក់ៗ ។

ការិយាល័យ DPSS នឹងផ្តល់នូវការឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នក សំរាប់ដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ នៅក្នុងរយៈពេលប្រាំ (5) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលសំណើនេះត្រូវបានទទួល។

**ចំណាំ៖ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបំពេញសំណៅនេះដើម្បីនឹងត្រូវបានផ្តល់នូវដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលទេ។**  
**សំណៅនេះគឺមានផ្តល់ជូននៅក្នុងទម្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតពីអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែក ADA របស់ក្រសួង។**



# ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិក

## សំណើសុំសំរាប់ដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ

ឈ្មោះ: លេខសំណុំរឿង

អាស័យដ្ឋាន

ក្រុង រដ្ឋ លេខស៊ីពកូដ

លេខទូរស័ព្ទ: ទូរលេខអង្គុលីលេខ (TTY): អាស័យដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

តើអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពនៃសំណើសុំសំរាប់ដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យរបស់អ្នកដោយរបៀបណា?

ទូរស័ព្ទ សរសេរសំបុត្រ ដទៃទៀត

តើអ្នកត្រូវការជំនួយផ្នែកអ្វី? (សូមគូសទាំងអស់ដែលទាក់ទង)

- |                           |                 |          |            |
|---------------------------|-----------------|----------|------------|
| ការអាន                    | ការស្តាប់       | ការនិយាយ | ការយល់ដឹង  |
| ការមើលឃើញ                 | ការឈរ           | ការចងចាំ | ការដើរ     |
| ការស្ថិតនៅក្នុងចំណោម      | ដំណោះស្រាយ      | ការបំពេញ | ការកំណត់   |
| ហ្វូងមនុស្សជាច្រើន        | បញ្ហាផ្លូវចិត្ត | សំណៅ     | ពេលណាត់ជួប |
| ភាសាសញ្ញាអាមេរិកាំង (ASL) |                 | ដទៃទៀត:  |            |

ហត្ថលេខាអតិថិជន ខែថ្ងៃឆ្នាំ

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត បានបំពេញសំណើសុំសំរាប់ដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យក្នុងនាមតំណាងឱ្យអ្នក ហើយ អ្នកចង់អនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) ពិភាក្សាអំពីសំណើសុំសំរាប់ដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលរបស់អ្នកជាមួយគេ យើងត្រូវការ ការយល់ព្រមរបស់អ្នក។ សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនិងចុះហត្ថលេខា។

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ ដើម្បីពិភាក្សានូវការស្នើសុំរបស់ខ្ញុំ

សំរាប់ដំណោះស្រាយ/ការកែសម្រួលជាមួយ DPSS សំរាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ខ្ញុំអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះនៅពេលណាក៏បាន លើកលែងតែសំរាប់ព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យ DPSS រួចហើយ។ ឯកសារនេះនឹងត្រូវបានរក្សាទុកនៅក្នុងសំណុំរឿងឯកសារ ហើយនឹងមិនត្រូវបានបញ្ចេញឱ្យគេដឹង ដោយគ្មានការចុះហត្ថលេខាអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំសំរាប់ការបញ្ចេញឱ្យគេដឹងនីមួយៗបានទេ លុះត្រាតែការបញ្ចេញឱ្យដឹងនេះត្រូវបានតម្រូវចំពោះដោយជាក់លាក់ ឬ ត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ខ្ញុំបានអានសំណៅនេះ (ឬត្រូវបានអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់) បន្ទាប់ពី វាត្រូវបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់ហើយ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារនេះបាន។

ហត្ថលេខាអតិថិជន ខែថ្ងៃឆ្នាំ

សរសេរឈ្មោះអ្នកដែលចាត់តាំងអក្សរពុម្ព ទំនាក់ទំនងត្រូវជាអ្វីនឹងអតិថិជន លេខទូរស័ព្ទអ្នកដែលបានចាត់តាំង

អាស័យដ្ឋានអ្នកចាត់តាំង