



美國殘疾人法案 (ADA)

要求合理的調整服務安排/更改

根據 1990 年的《美國殘疾人法案》(ADA) 第二章的要求，洛杉磯縣公共社會服務局 (DPSS) 在其所提供的服務、計劃或活動中不能歧視符合資格的殘疾人士。法律規定 DPSS 必須為殘疾人士提供合理的調整服務安排/更改。

我們可以為殘疾人士提供他們所需要的額外幫助或者修改某些計劃的規定和實施方法。以下是我們可以提供幫助的一些具體事項：

- 閱讀我們的文件和表格
- 填寫我們的表格
- 獲取所需的文件
- 更改工作要求和和其他計劃規定
- 安排預約
- 其他的合理調整服務安排/更改

如果你是殘疾人士，並且需要合理的調整服務安排/更改才能獲得或參與 DPSS 的計劃和服務，你可以向任何一位 DPSS 員工提交隨附的申請表格，或向任何一位 DPSS 員工尋求幫助。你亦可以致電 DPSS ADA 熱線要求合理調整服務安排/更改：

DPSS ADA Title II Coordinator
12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746
電話：(844) 586-5550
傳真：(562) 692-2240
ADAHelp@dpss.lacounty.gov
TTY: (877) 735-2929 (加州殘障轉接服務)

要確定適當的合理調整服務安排/更改是一個雙方共同協商的過程，並將根據個人情況來進行評估。

DPSS 將在收到你的合理調整服務安排/更改要求之日起五 (5) 個工作天內作出回覆。

請注意：你無須填寫這份表格才能獲得合理的調整服務安排/更改。

此表格有提供其他格式，可向該部門 ADA 協調員索取。



美國殘疾人法案 (ADA)

要求合理的調整服務安排/更改

姓名： _____ 個案號碼 # _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____

電話號碼： _____ TTY： _____ 電郵地址： _____

你希望透過何種方式獲知你所提出的調整服務安排/變動要求的進展情況？

電話 書信 其他

你需要哪一方面的幫助？ (請勾選所有適用選項)

閱讀	聽力	說話	理解
視力	站立	記憶能力	行走
處於人群中	處理情緒 問題	填寫表格	安排預約
美國手語 (ASL)		其他：	

顧客簽名 _____ 日期 _____

如果有人代表你填寫這份要求合理的調整服務安排/更改表格，並且你希望讓公共社會服務局 (DPSS) 與他們討論你的合理調整服務安排/更改要求，我們需要你的授權。請填寫以下部分然後簽名。

我授權 _____ 可以在 30 天內與 DPSS 討論我

的合理調整服務安排/更改要求。我可以隨時撤銷此項授權，但已提供給 DPSS 的資訊除外。這份文件將被保存在我的個案中，除非法律明確要求或允許披露，否則未經我簽署同意不得披露相關資訊。我已在填寫表格後閱讀了 (或由他人向我宣讀) 本表。我瞭解我可以索取這份文件的副本。

顧客簽名 _____ 日期 _____

正楷書寫被授權人姓名 _____ 與顧客的關係 _____ 被授權人電話號碼 _____

被授權人地址 _____