



Հաշմանդամություն Ունեցող Ամերիկացիների Ակտ (ADA) Ողջամիտ Հարմարեցումների/Փոփոխությունների Պահանջ

Ու Բաժնի 1990թվ. Հաշմանդամություններ Ունեցող Ամերիկացիների Ակտի (“ADA”) պահանջների համաձայն, Լոս Անջելես մարզի Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչությունը (DPSS) խտրականություն չի գործի իրավասու հաշմանդամություն ունեցող անձանց հանդեպ հիմնվելով ծառայությունների, ծրագրերի կամ գործողությունների վրա: Օրենքը պահանջում է DPSS-ն տրամադրել ողջամիտ հարմարեցումներ/փոփոխություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց:

Մենք կարող ենք հաշմանդամություն ունեցող անձանց կարիքի դեպքում տալ լրացուցիչ օգնություն կամ փոխել ծրագրի որոշ պահանջներ և գործելակերպեր: Ստորև բերված են այն օրինակները, որ կարող ենք օգնել. Ստորև այն օրինակներն են, որ կարող ենք օգնել.

- **Վարդալ մեր փաստաթղթերը և ձևերը**
- **Լրացնել մեր հարցաթերթերը**
- **Առբերել մեզ պետքական փաստաթղթեր**
- **Փոփոխություններ աշխատանքային և այլ ծրագրերի պահանջներում**
- **Ժամադրություններ նշանակել**
- **Այլ ողջամիտ հարմարեցումներ/փոփոխություններ**

Եթե դուք իրավասու հաշմանդամ անձ եք, որ կարիք ունի ողջամիտ հարմարեցման/փոփոխության, դուք կարող եք ներկայացնել կցված պահանջի ձևը ցանկացած DPSS-ի աշխատակցի կամ կարող եք հարցնել ցանկացած DPSS-ի աշխատակցին օգնություն ստանալու համար: Դուք կարող եք նաև դիմել ADA աշխատողին ձեր տեղական DPSS-ի գրասենյակում կամ կապնվեք DPSS ADA Title II համակարգողի հետ՝

DPSS ADA Title II Coordinator
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Հեռախոս.(844) 586-5550
Fax. (562) 692-2240

(Գրասենյակային ժամեր. Երկ.-Ուրբաթ, առավոտյան 8:00-ից մինչև 5:00-ը)

TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (Գրասենյակային ժամերն են միայն առավոտյան 7:00-ից մինչև երեկոյան 4:30)

Բացահայտելու համապատասխան ողջամիտ հարմարեցում/փոփոխումը կոպերատիվ գործընթաց է, որը անհատական կզննհատվի: DPSS-ը կտրամադրի ձեր պահանջի կամ պահանջների պատասխանը հարմարեցման/փոփոխման համար հինգ (5) աշխատանքային օրվա ընթացքում սկսած այն օրվանից, երբ պահանջը ստացվել է:

Նշում. Ձեզնից չի պահանջվում լրացնել այս ձևը, որպեսզի տրամադրվի ձեզ հարմարեցումներ/փոփոխություններ:



Հաշմանդամություն Ունեցող Ամերիկացիների Ակտ (ADA) Ողջամիտ Հարմարեցումների/Փոփոխությունների Պահանջ

Ազգանուն Անուն Մականուն

Տան/Փոստային հասցե

Քաղաք Նահանգ Ինդեքս

Հեռախոս TTY: Էլեկտրոնային հասցե

Ինչպես եք ցանկանում տեղեկացված լինել ձեր հարմարեցումների/փոփոխությունների պահանջի կարգավիճակի վերաբերյալ:

- Հեռախոսով Գրավոր Ուրիշ _____

Ինչ օգնության կարիք ունեք: (նշեք բոլոր նրանք, որ վերաբերվում են)

- | | | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Կարդալ | <input type="checkbox"/> Լսել | <input type="checkbox"/> Խոսել | <input type="checkbox"/> Հասկանալ |
| <input type="checkbox"/> Տեսնել | <input type="checkbox"/> Կանգնել | <input type="checkbox"/> Հիշել | <input type="checkbox"/> Քայլել |
| <input type="checkbox"/> Լինել բազմության մեջ | <input type="checkbox"/> Լինել զգացմունքային | | |
| <input type="checkbox"/> Ուրիշ. _____ | | | |

Բացատրեք, թե ինչպես կարող ենք ձեզ օգնել: (Անհրաժեշտության դեպքում օգտագործեք լրացուցիչ թուղթ)

- | | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Լրացնել հարցաթերթեր | <input type="checkbox"/> Ժամադրություն նշանակել | <input type="checkbox"/> Ամերիկյան Նշաններով Լեզու (ASL) |
| <input type="checkbox"/> Ուրիշ. _____ | | |

Հարմարեցումների/փոփոխությունների բոլոր պահանջները կգնահատվեն անհատական և ձեր պահանջի պատասխանը կտերամադրվի ձեզ հինգ (5) աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Դիմորդի/Մասնակցի Ստորագրությունը	Ամսաթիվ
----------------------------------	---------

Այս ծանուցումը և հարակից նյութերը հասանելի են այլընտրաբային ձևաչափով:

Եթե ուրիշն արդեն լրացրել է այս ձևը ձեր փոխարեն և դուք ցանկանում եք թույլ տալ Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչությանը (DPSS) քննարկելու իրենց հետ ձեր հաշմանդամությունը/պահանջը հարմարեցումների/փոփոխությունների համար, ձեր հաստատման կարիքն ունենք: Խնդրում ենք լրացրեք ստորև և ստորագրեք:

Ես լիազորում եմ _____ քննարկելու իմ հաշմանդամու-
(Տպել նշանակվածի անունը)

թյունը/ պահանջը հարմարեցումների/փոփոխությունների համար DPSS-ի հետ 30 օրյա ժամկետում: Ես կարող եմ չեղյալ համարել այս լիազորումը ցանկացած ժամանակ բացի այն տեղեկությունից, որը տրվել է DPSS-ին: Այս փաստաթուղթը կպահվի գործի մեջ և չի բացահայտվի առանց իմ ստորագրված համաձայնության, յուրաքանչյուր բացահայտման համար եթե բացահայտումը մասնավորապես պահանջվում կամ թույլատրվում է ըստ օրենքի: Ես կարդացել եմ այս ձևը (կամ ձևը կարդացել եմ ինձ համար) լրացնելուց հետո: Ես գիտեմ, որ կարող եմ ստանալ այս փաստաթղթի պատճեն, եթե ցանկանամ:

Դիմորդի/Մասնակցի Ստորագրությունը		Ամսաթիվ
Տպել նշանակվածի անունը	Ազգակցական կապը դիմորդի/մասնակցի հետ	Հեռախոսահամար
Հասցե	Քաղաք և նահանգ	Ինդեքսի Կոդ

Բոլոր պահանջները հարմարեցումների/փոփոխությունների համար կգնահատվի անհատապես և ձեր պահանջի պատասխանը կտրամադրվի հինգ (5) աշխատանքային օրվա ընթացքում:

FOR DPSS USE ONLY

Please complete the following information and forward one copy for evaluation to:

ADA Title II Coordinator
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746

ADA Hotline: (844) 586-5550
Fax: (562) 692-2240

Print Name and Title of person who provided accommodation/modification: _____

Telephone number of person who provided accommodation/modification: _____

Were Accommodations/Modifications provided? Yes No

If yes, what type of accommodation/modification was provided? (Check all that apply)

Reading Hearing Speaking Understanding Filling out forms Seeing
 Standing Remembering Walking Dealing with crowds Dealing with emotions Other:

ADA or Customer Service Liaison (Print Name): _____ Date: _____

Այս ծանուցումը և հարակից նյութերը հասանելի են այլընտրաբային ձևաչափով: