



# 미국장애인법(ADA)

## 합리적인 편의 제공/조정에 대한 요청

1990년 장애인법("ADA") 표제 II 의 요구 사항에 따라, 로스앤젤레스 카운티 사회복지국(DPSS)은 당국의 서비스, 프로그램, 또는 활동에 있어서 장애를 근거로 자격을 갖춘 장애인을 차별하지 않을 것입니다. 법률에 따라 DPSS는 장애를 가진 사람들에게 합리적인 편의 제공/조정을 제공해야 합니다.

저희는 장애를 가진 사람들에게 그들이 필요로 하는 별도의 도움을 드리거나 일부 프로그램의 요구사항 및 관행을 조정해 드릴 수 있습니다. 다음은 저희가 도움을 드릴 수 있는 사항에 대한 예입니다:

- 저희의 서류 및 양식을 읽는 것
- 저희의 양식을 작성하는 것
- 저희가 필요로 하는 문서 회수
- 근로 및 다른 프로그램 요구 사항에 대한 변경
- 약속 일정을 잡는 것
- 기타 합리적인 편의 제공/조정

만일 당신이 합리적인 편의 제공/조정이 필요한, 자격을 갖춘 장애인이라면, 첨부된 요청 양식을 DPSS 직원에게 제출하거나 DPSS 직원 누구에게든 도움을 요청할 수 있습니다. 또한 지역 사무소의 ADA 연락 담당관에게 연락하거나 다음 연락처로 DPSS ADA 표제 II 코디네이터에게 연락할 수 있습니다:

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

(근무 시간: 월요일-금요일, 8:00a.m.부터 5:00p.m.까지.)

**TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (근무 시간에 한함. 7:00a.m.부터 4:30p.m.까지)**

적절한 합리적인 편의 제공/조정을 확인하는 것은 개별적으로 평가되는 것으로 협조가 필요한 절차입니다. DPSS는 편의 제공/조정에 대한 당신의 요청 또는 요청들에 대한 답변은 그 요청이 접수된 날로부터 근무일로 오(5)일 이내 제공될 것입니다.

**주의: 편의 제공/조정을 받기 위해 이 양식을 작성 완료할 필요는 없습니다.**





## 미국장애인법(ADA) 합리적인 편의 제공/조정에 대한 요청

성	이름	중간이름 약자
집/우편 주소		
시	주	우편번호
전화	전신 타자기(TTY):	이메일 주소:

당신의 편의제공/조정 요청에 대한 상황 정보를 어떻게 알고 싶습니까?

전화     서신     기타: \_\_\_\_\_

**무엇을 도와드릴까요? (해당 사항 모두 체크하십시오.)**

읽는 것                       듣는 것                       말하는 것                       이해하는 것  
 보는 것                         서 있는 것                       기억하는 것                       걷는 것  
 군중 속에 있는 것               감정 처리  
 기타: \_\_\_\_\_

저희가 어떻게 도와드려야 하는지 설명해 주십시오. (필요한 경우 추가 용지를 사용하십시오.)

양식 작성                       약속 예약                       미국식 수화(ASL)  
 기타: \_\_\_\_\_

편의 제공/조정에 대한 모든 요청들은 개별적으로 평가될 것이며 당신의 요청에 대한 답변은 그 요청이 접수된 날로부터 근무일로 오(5)일 이내 제공될 것입니다.

신청인/참여인 서명	날짜
------------	----

이 통지서 및 관련 자료는 대안 형식으로도 제공됩니다.

만일 다른 사람이 당신을 대신하여 이 양식을 작성했고, 사회 복지국(DPSS)이 당신의 장애/편의 제공/조정에 대한 당신의 요청을 그들과 논의하길 원할 경우, 당신의 승인이 필요합니다. 아래 부분을 작성하고 서명하십시오.

본인은 \_\_\_\_\_가/이 본인의 장애/편의 제공/조정에 대한  
(피지명자의 인쇄체 이름)

본인의 요청을 30일 동안 DPSS와 논의하는 것을 승인합니다. 본인은 이미 DPSS에 제공한 정보를 제외하고 언제든지 이 승인을 철회할 수 있습니다. 이 문서는 케이스 파일에 보관될 것이며 그 공개가 특별히 법에 의해 요구되거나 허용되는 것이 아닌 이상 각 공개에 대한 본인의 승인 서명 없이는 공개되지 않을 것입니다. 본인은 이 양식이 작성된 후 이를 읽어보았습니다. (또는 본인에게 이 양식을 읽어주었습니다.) 본인이 요청할 경우 이 문서의 사본을 받을 수 있다는 것을 압니다.

신청인/참여인 서명		날짜
피지명인 인쇄체 이름	신청인/참여인과의 관계	전화번호.
주소	시 및 주	우편번호

편의 제공/조정에 대한 모든 요청들은 개별적으로 평가될 것이며, 당신의 요청에 대한 답변은 그 요청이 접수된 날로부터 근무일로 오(5)일 이내 제공될 것입니다.

**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: \_\_\_\_\_

이 통지서 및 관련 자료는 대안 형식으로도 제공됩니다.