



## Акт об Американских гражданах, имеющих инвалидность (ADA)

### Запрос об обоснованно необходимых изменениях

Согласно Разделу II Акта 1990г. об американских гражданах, имеющих инвалидность (Americans with Disabilities Act of 1990 -"ADA"), Управление соцобеспечения (DPSS) не должно при оформлении на получение услуг, регистрации на программы или мероприятия дискриминировать граждан, имеющих право на пособия, по принципу наличия у них инвалидности. Закон требует, чтобы DPSS обеспечило условия в разумных пределах для лиц с ограниченными возможностями.

Мы можем оказать дополнительную помощь лицам, имеющим инвалидность, или изменить некоторые требования и практику программы. Ниже указаны примеры тех услуг, которые мы можем предоставить:

- **Прочтение наших документов и форм**
- **Заполнение наших форм**
- **Получение необходимых нам документов**
- **Изменение требований, предъявляемых к трудоустройству или другим требованиям программы**
- **Назначение встреч**
- **Другие обоснованно необходимые изменения**

Если вы признаны имеющим инвалидность и нуждаетесь в обоснованно необходимых изменениях/приспособлениях, вы можете отдать заполненную форму прилагаемого запроса любому работнику управления DPSS, или же вы можете также попросить любого работника DPSS о помощи. Вы также можете обратиться к представителю программы ADA в вашем местном отделении DPSS или же обратиться к Координатору программы ADA Title II в DPSS по адресу:

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

(Часы работы: Пон.-Пят. с 8:00 утра до 5:00 вечера)

**TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (Время работы только с 7:00 утра до 4:30 вечера)**

Определение обоснованно необходимых изменений/приспособлений – процесс коллективный и будет происходить на индивидуальной основе в каждом отдельном случае. DPSS ответит на ваш запрос или запросы об изменениях в течение пяти (5) рабочих дней, начиная с даты получения запроса.

**Примечание: вы не обязаны заполнять эту форму для того, чтобы ваш запрос на получение необходимых изменений был принят**





**Акт об Американских гражданах,  
имеющих инвалидность (ADA)**  
**Запрос об обоснованно необходимых изменениях**

Фамилия

Имя

Отчество

Домашний/Почтовый адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

Телефон:

TTY (для имеющих  
проблемы слуха):

E-мейл Адрес:

Как бы вы хотели получить информацию о статусе вашего запроса об изменениях?

По телефону     Письменно     Другое: \_\_\_\_\_

**В какой именно помощи вы нуждаетесь? (отметьте все, в чем вы нуждаетесь)**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Трудности при чтении | <input type="checkbox"/> Проблема слуха                | <input type="checkbox"/> Проблема речи | <input type="checkbox"/> Трудности с пониманием |
| <input type="checkbox"/> Проблема со зрением  | <input type="checkbox"/> Трудности при нахождении стоя | <input type="checkbox"/> Потеря памяти | <input type="checkbox"/> Трудности при ходьбе   |
| <input type="checkbox"/> Боязнь толпы         | <input type="checkbox"/> Эмоциональное расстройство    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____        |  |  |   |

Опишите, как мы можем вам помочь. (При необходимости, приложите дополнительный лист бумаги)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Заполнение форм | <input type="checkbox"/> Назначение встречи | <input type="checkbox"/> Американский язык жестов (ASL) |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____   |   |   |

Все запросы об изменениях будут оцениваться в индивидуальном порядке и ответ будет предоставлен в течение пяти (5) рабочих дней.

Подпись заявителя/участника	Дата
-----------------------------	------

Это уведомление и относящиеся к нему материалы доступны также и в другом формате.

Если кто-либо другой заполнил эту форму от вашего имени и вы хотели бы дать ваше разрешение Управлению соцобеспечения (DPSS) обсуждать вопросы относительно вашей инвалидности и предоставления вам необходимых изменений/приспособлений с этим лицом, то в этом случае нам требуется ваше подтверждение. Заполните, пожалуйста, раздел ниже и подпишите.

Я уполномочиваю \_\_\_\_\_ обсуждать вопросы с Управлением  
(Имя доверенного лица печатными буквами)

DPSS относительно моей инвалидности и предоставления мне необходимых изменений/приспособлений на период, равный 30 дням. Я могу отозвать данное разрешение в любое время, не считая той информации, которая уже была предоставлена Управлению DPSS. Этот документ будет храниться в материалах дела и не будет предоставлен никому без моего на то письменного разрешения в каждом отдельном случае, за исключением тех случаев, когда это особенно требуется или же разрешается законом. Эта форма прочитана мной (или же прочитана мне кем-либо другим) после того как она была заполнена. Мне известно, что я могу получить копию этого документа, если мне это потребуется.

Подпись заявителя/участника		Дата
Имя доверенного лица печатными буквами	Кем приходится заявителю/получателю	Номер телефона
Адрес	Город и штат	Почтовый индекс

*Все запросы об изменениях будут оцениваться в индивидуальном порядке и ответ будет предоставлен в течение пяти (5) рабочих дней.*

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

*Это уведомление и относящиеся к нему материалы доступны также и в другом формате.*