



# Decreto sobre los Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

## Solicitud de adaptaciones o modificaciones razonables

De acuerdo con los requisitos del Título II del Decreto sobre los Estadounidenses con Discapacidades de 1990 ("ADA"), el Departamento de Servicios Sociales Públicos del Condado de Los Angeles (DPSS) no discriminará contra personas con discapacidades calificadas en base a la discapacidad en sus servicios, programas, o actividades. La ley requiere que el DPSS proporcione adaptaciones o modificaciones razonables para personas con discapacidades

Podemos proporcionar a las personas con discapacidades la ayuda adicional que necesitan o modificar algunos requisitos y prácticas del programa. A continuación se dan algunos ejemplos de cosas con que podemos ayudar:

- **Leer nuestros documentos y formularios**
- **Completar nuestros formularios**
- **Recuperar documentos que necesitamos**
- **Cambios en el trabajo y otros requisitos de programa**
- **Hacer citas**
- **Otras adaptaciones o modificaciones razonables**

Si usted es una persona con una discapacidad calificada que necesita una adaptación o modificación razonable, puede entregar el formulario de solicitud adjunto a cualquier trabajador del DPSS o puede pedir ayuda a cualquier empleado del DPSS. También puede comunicarse con el representante de ADA en cualquier oficina local del DPSS o comunicarse con el coordinador de ADA título II del DPSS en:

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

(Horario de oficina: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.)

**TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (Horario de oficina solo de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.)**

Identificar la adecuada adaptación o modificación razonable es un proceso cooperativo que será evaluado en forma individual. El DPSS proporcionará una respuesta a su petición o peticiones para la adaptación o modificación razonable dentro de cinco (5) días hábiles desde la fecha que se recibió la solicitud.

**Nota: No es necesario que complete este formulario para que se le proporcione una acomodación o modificación.**





# Decreto sobre los Estadounidenses con Discapacidades (ADA) Solicitud de Adaptaciones o modificaciones Razonables

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

---

Domicilio/Dirección para correspondencia

---

Ciudad Estado Código postal

---

Teléfono TTY: Correo electrónico:

---

¿Le gustaría que se le informe acerca del estado de su solicitud de adaptación o modificación?

Teléfono  Por escrito  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Con qué necesita ayuda? (Marque todas las que correspondan)**

- Leer  Oír  Hablar  Entender
- Ver  Estar de pie  Recordar  Caminar
- Estar alrededor de mucha gente  Tratar con emociones
- Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa cómo le podemos ayudar. *(Use la hoja adicional si es necesario)*

- Completar formularios  Programar una cita  Idioma americano de señas (ASL)

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Todas las solicitudes de adaptaciones o modificaciones serán evaluadas individualmente y se proporcionará una respuesta a su solicitud dentro de cinco (5) días hábiles.*

Firma del solicitante/participante	Fecha
------------------------------------	-------

*Este aviso y materiales relacionados están disponibles en formato alternativo*

Si alguien ha completado este formulario en su nombre y usted desea permitir que el Departamento de servicios sociales Públicos (DPSS) hable de su solicitud o discapacidad para adaptación o modificación con ellos, necesitamos su aprobación. Por favor, complete la sección a continuación y firme.

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para hablar de mi  
 (Escriba con letra de molde el nombre de la persona designada)

solicitud o discapacidad para adaptación o modificación con el DPSS por un período de 30 días. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto la información que ya ha sido proporcionado al DPSS. Este documento se mantendrá en el expediente y no será divulgado sin mi consentimiento firmado para cada divulgación a menos que la divulgación es específicamente requerida o permitida por la ley. He leído este formulario (o me fue leído el formulario) después que fue completado. Sé que puedo obtener una copia de este documento si lo pido.

Firma del solicitante/participante		Fecha
Imprima el nombre de la persona designada	Relación con el solicitante/participante	Nº de teléfono
Domicilio	Ciudad y Estado	Código postal

*Todas las solicitudes de adaptaciones o modificaciones serán evaluadas individualmente y se proporcionará una respuesta a su solicitud dentro de cinco (5) días hábiles.*

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

*Este aviso y materiales relacionados están disponibles en formato alternativo*