



Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades

Petición de Adaptaciones/Modificaciones Razonables

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

Podemos dar a las personas con discapacidad la ayuda adicional que necesitan o modificar algunos requisitos y prácticas del programa. A continuación, hay ejemplos de cosas en las que podemos ayudar:

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

Si usted es una persona discapacitada y necesita una adaptación/modificación razonable para tener acceso o participar en los programas y servicios del DPSS, usted puede presentar el formulario de solicitud adjunto a cualquier empleado del DPSS o puede pedir ayuda a cualquier empleado del DPSS. También puede llamar a la Línea Directa ADA del DPSS para solicitar una adaptación/modificación razonable:

DPSS ADA Title II Coordinator
12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746
Teléfono: **(844) 586-5550**
Fax: **(562) 692-2240**
ADAHelp@dpss.lacounty.gov
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)

La identificación de la adaptación/modificación razonable apropiada es un proceso cooperativo que se evaluará de forma individual.

El DPSS proporcionará una respuesta a su solicitud de adaptación/modificación dentro de los cinco (5) días laborables a partir de la fecha en que se recibió la solicitud.

Nota: No es necesario que usted complete este formulario para que se le proporcione una adaptación/modificación.

Este formulario está disponible en formatos alternativos del Coordinador del Departamento de ADA.



Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades

Petición de Adaptaciones/Modificaciones Razonables

Nombre: _____ N° de Caso _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____ TTY: _____ Correo electrónico _____

¿Cómo le gustaría que se le informara sobre el estado de su solicitud de adaptación/modificación?

- Por teléfono Escrito Otro _____

¿En qué necesita ayuda usted? (Marque todo lo que corresponda)

- Leer Oír Hablar Comprensión
 Ver Estar de pie Recordar Caminar
 Estar rodeado de gente Lidiar con las emociones Completar formularios Programar una cita
 Lenguaje de Señas Americana (ASL) Otro: _____

Firma del cliente	Fecha
-------------------	-------

Si otra persona ha completado el formulario de Solicitud de Adaptaciones/Modificaciones Razonables en su nombre y usted desea permitir que el Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS) hable sobre su solicitud de adaptación/modificación razonable con ellos, necesitamos su aprobación. Por favor, complete la sección de abajo y firme.

Yo autorizo a _____ que hable sobre mi pedido
(Escriba el nombre de la persona designada)

Acerca de la adaptación/modificación con el DPSS por un período de 30 días. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto por la información que ya se ha proporcionado al DPSS. Este documento se mantiene en el expediente del caso y no se divulgará sin mi consentimiento firmado para cada divulgación, a menos que la divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley. He leído este formulario (o me lo han leído) después de haberlo completado. Soy consciente de que puedo solicitar una copia de este documento.

Firma del cliente	Fecha
Letra imprenta del nombre de la persona designada	Relación con el cliente
Dirección del designado	
	No. de Tel. designado