



## قانون آمریکایی های معلول (ADA) درخواست برای تسهیلات، اصلاحات / و تغییرات معقول

مطابق با الزامات عنوان دوم از قانون آمریکایی های معلول ("ADA") سال 1990، کانتی لس آنجلس اداره امور اجتماعی و خدمات عمومی (DPSS) در برابر افراد واجد شرایط معلول بر اساس ناتوانی در خدمات خود، مانند برنامه ها، و یا فعالیت ها تبعیض قائل نمی شود. قانون الزام می دارد که اداره امور اجتماعی و خدمات عمومی DPSS بایستی برای افراد معلول و یا ناتوان تسهیلات / و یا تغییرات معقول در خور به آنها فراهم سازد.

ما می توانیم با تغییر در برخی از شرایط و شیوه های برنامه های موجود کمک های بیشتری را به افراد معلول که نیاز به آن را دارند فراهم سازیم. نمونه هایی از کمک هایی را که ما می توانیم به شما ارائه دهیم به قرار زیر می باشند.

- خواندن اسناد و فرم های ما
- تکمیل کردن فرم های ما
- بازیابی اسناد مورد نیاز ما
- تغییر و تحول در کار و سایر موارد مورد نیاز برنامه
- ترتیب دادن قرار ملاقات
- دیگر تسهیلات، اصلاحات / و تغییرات معقول

اگر شما یک فرد ناتوان واجد شرایط هستید و نیاز به تسهیلات، اصلاحات / و تغییرات معقول می باشید، می توانید فرم درخواست نامه ضمیمه را به هر کارمند DPSS ارائه دهید و یا از هر کارمند DPSS برای کمک سوال کنید. همچنین شما می توانید با دفتر رابط ADA در اداره DPSS محلی خود تماس بگیرید و یا با هماهنگ کننده عنوان دوم ADA اداره DPSS در آدرس زیر تماس حاصل کنید:

DPSS ADA Title II Coordinator  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
تلفن: (844) 586-5550  
فکس: (562) 692-2240  
(ساعات اداره: دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر)

**TTY: (877) 735-2929 (California Relay)** (ساعات دفتر فقط از 7 صبح تا 4:30 دقیقه بعد از ظهر)

شناسایی تسهیلات، اصلاحات / و یا تغییرات مناسب یک فرایند مشارکتی می باشد که به صورت انفرادی مورد ارزیابی قرار می گیرد. اداره امور اجتماعی و خدمات عمومی DPSS برای پاسخ به درخواست و یا درخواست برای تسهیلات، اصلاحات / و یا تغییرات پنج (5) روز از تاریخ درخواست شما فرصت دارد.

**توجه:** برای ارائه تسهیلات، اصلاحات / و تغییرات، شما الزام به تکمیل کردن این فرم نیستید.





## (ADA) قانون آمریکایی های معلول

### درخواست برای تسهیلات، اصلاحات / و تغییرات معلول

نام خانوادگی	نام کوچک	نام میانی
نشانی خانه / نشانی پستی		
شهر	ایالت	کد پستی
تلفن	TTY:	آدرس الکترونیکی

چگونه می خواهید در مورد وضعیت تسهیلات، اصلاحات / و تغییرات مطلع شوید؟

تلفن     
  کتبی     
  سایر: \_\_\_\_\_

در چه موردی نیاز به کمک دارید؟ ( هر موردی که اعمال می شود علامت بگذارید)

- |   |  |  |                                   |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> خواندن             | <input type="checkbox"/> شنیدن             | <input type="checkbox"/> صحبت کردن     | <input type="checkbox"/> درک کردن |
| <input type="checkbox"/> دیدن               | <input type="checkbox"/> ایستادن           | <input type="checkbox"/> به خاطر سپردن | <input type="checkbox"/> راه رفتن |
| <input type="checkbox"/> در میان جمعیت بودن | <input type="checkbox"/> برخورد با احساسات |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> سایر: _____        |  |  |                                   |

توضیح دهید که چگونه می توانیم به شما کمک کنیم. ( در صورت لزوم می توانید از ورق های اضافی استفاده کنید)

- تکمیل کردن فرم ها     
  ترتیب دادن قرار ملاقات     
  زبان اشاره آمریکایی (ASL)
- سایر: \_\_\_\_\_

تمام درخواست ها برای تسهیلات، اصلاحات / و تغییرات به صورت جداگانه مورد بررسی خواهد قرار گرفت و در پنج (5) روز کاری پاسخ داده خواهد شد.

تاریخ	امضای متقاضی / شرکت کننده
-------	---------------------------

این اعلان و مواد مرتبط به آن در فرمت های دیگر در دسترس شما می باشد.

اگر شخص دیگری به نمایندگی شما این فرم را تکمیل کرده است و شما به اداره امور اجتماعی و خدمات عمومی (DPSS) برای تسهیلات، اصلاحات / و تغییرات لازم و درخواست در مورد / ناتوانی خود این اجازه را به آنها می دهید، تأیید شما در این مورد الزامی است. لطفا قسمت زیر را تکمیل کرده و امضا نمایید.

من به این شخص \_\_\_\_\_ برای مدت 30 روز به بحث در مورد تسهیلات، اصلاحات  
(نام نماینده با حروف چاپی)

/ و تغییرات در مورد ناتوانی خود با DPSS اجازه می دهم. من ممکن است که این مجوز را در هر زمان به جز اطلاعاتی که در حال حاضر به اداره امور اجتماعی و خدمات عمومی DPSS داده شده است لغو کنم. این سند در پرونده نگهداری خواهد شد و بدون اجازه من افشا نخواهد شد مگر اینکه افشای آن بطور خاص و با اجازه قانون صورت گرفته باشد. بعد از اینکه این فرم تکمیل شده بود، این فرم را خوانده ام و یا ( برای من خوانده شده بود).

تاریخ	امضای متقاضی / شرکت کننده	
شماره تلفن	وابستگی با / متقاضی یا شرکت کننده	نام نماینده با حروف چاپی
کد پستی	شهر و ایالت	نشانی

تمام درخواست ها برای تسهیلات، اصلاحات / و تغییرات به صورت جداگانه مورد بررسی خواهد قرار گرفت و در پنج (5) روز کاری پاسخ داده خواهد شد.

### 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: \_\_\_\_\_

این اعلان و مواد مرتبط به آن در فرمت های دیگر در دسترس شما می باشد.