



## قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت

### درخواست متناسب سازی‌ها / اصلاحات متعارف

مطابق با الزامات سرفصل دوم قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (ADA) سال 1990، دپارتمان خدمات فراگیر اجتماعی شهرستان لس‌آنجلس (DPSS) در ارائه خدمات، برنامه‌ها یا فعالیت‌های خود برای افراد واجد شرایط دارای معلولیت تبعیض قائل نمی‌شود. قانون DPSS را ملزم می‌کند تا متناسب‌سازی‌ها/اصلاحات متعارف را به افراد دارای معلولیت ارائه کند.

ما می‌توانیم به افراد دارای معلولیت، کمک‌های بیشتری که مورد نیازشان است را ارائه کنیم یا برخی از الزامات و رویه‌های برنامه‌ها را اصلاح کنیم. نمونه‌ای از مواردی که می‌توانیم در انجام آنها کمک کنیم، در زیر آمده است:

- خواندن مدارک و فرم‌هایمان
- پرکردن فرم‌هایمان
- دریافت مدارک مورد نیاز
- تغییر در الزامات مربوط به اشتغال و سایر برنامه‌ها
- تعیین قرارهای ملاقات
- سایر متناسب‌سازی‌ها/اصلاحات متعارف

چنانچه فردی دارای معلولیت هستید و برای دسترسی یا شرکت در برنامه‌ها و خدمات DPSS نیاز به متناسب‌سازی‌ها/اصلاحات متعارف دارید، می‌توانید فرم درخواست ضمیمه را نزد کارکنان DPSS ثبت کنید یا از کارکنان DPSS درخواست کنید تا به شما کمک کنند. همچنین می‌توانید با خط ویژه ADA در DPSS تماس بگیرید و متناسب‌سازی‌ها/اصلاحات متعارف درخواست کنید:

**DPSS ADA Title II Coordinator**  
 12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746  
 Phone: **(844) 586-5550**  
 Fax: **(562) 692-2240**  
[ADAHelp@dpss.lacounty.gov](mailto:ADAHelp@dpss.lacounty.gov)  
 TTY: **(877) 735-2929** (خط رله کالیفرنیا)

شناسایی متناسب‌سازی‌ها/اصلاحات متعارف و مناسب، فرایندی مشارکتی است که به‌صورت فردی ارزیابی خواهد شد.

DPSS در پاسخ به درخواست شما برای متناسب‌سازی‌ها/اصلاحات، طی پنج (5) روز کاری از تاریخ دریافت این درخواست، پاسخی ارائه خواهد کرد.

**توجه:** جهت دریافت متناسب‌سازی‌ها/اصلاحات ملزم به تکمیل این فرم نیستید.

این فرم در قالب‌هایی جایگزین از بخش هماهنگ‌کننده ADA در دسترس است.



## قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت

### درخواست متناسب سازی‌ها / اصلاحات متعارف

نام: \_\_\_\_\_ شماره پرونده \_\_\_\_\_

نشانی \_\_\_\_\_

شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_

شماره تلفن: \_\_\_\_\_ TTY: \_\_\_\_\_ ایمیل: \_\_\_\_\_

چگونه مایلید از وضعیت درخواستتان در مورد متناسب‌سازی‌ها/اصلاحات متعارف مطلع شوید؟

تلفنی  نوشتاری  سایر \_\_\_\_\_

در چه موردی نیاز به کمک دارید؟ (تمام مواردی که اعمال می‌شود را علامت بزنید)

- خواندن  شنیدن  صحبت کردن  درک کردن  
 دیدن  ایستادن  به‌خاطر آوردن  راه رفتن  
 بودن در میان جمعیت  کنترل احساسات  پرکردن فرم‌ها  تعیین قرار ملاقات  
 زبان اشاره آمریکایی (ASL)  سایر: \_\_\_\_\_

امضای مشتری	تاریخ
-------------	-------

چنانچه شخص دیگری فرم درخواست متناسب‌سازی‌ها / اصلاحات متعارف را به‌جای شما تکمیل کرده است و شما مایلید به دپارتمان خدمات فراگیر اجتماعی (DPSS) اجازه دهید تا درخواستتان برای متناسب‌سازی‌ها / اصلاحات متعارف را با او درمیان بگذارد، به تأییدیه شما نیاز داریم. لطفاً قسمت زیر را تکمیل و امضا کنید.

من اجازه می‌دهم که \_\_\_\_\_ درخواستم برای متناسب‌سازی‌ها / اصلاحات

(نام نماینده را بنویسید)

متعارف را برای یک دوره 30 روزه با DPSS درمیان بگذارد. به‌غیر از اطلاعاتی که قبلاً به DPSS داده شده است، می‌توانم این مجوز را هر لحظه لغو کنم. این سند در پرونده باقی خواهد ماند و بدون رضایت کتبی من برای هر بار انتشار، محتویات آن منتشر نخواهد شد، مگر اینکه انتشار آن به‌طور مشخص توسط قانون الزامی یا مجاز باشد. پس از تکمیل فرم، آن را خوانده‌ام (یا آن را برایم خوانده‌اند). می‌دانم که می‌توانم نسخه‌ای از این سند را درخواست کنم.

امضای مشتری	تاریخ
نام نماینده را بنویسید	نسبت او با مشتری
نشانی نماینده	شماره تلفن نماینده