



**ՀԱՄԱՐԱԿԱԿԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ  
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ  
ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՏՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՄԵՐԻԿԱՑԻՆԵՐԻ ԱԿՏ (ADA)  
ԲՈՂՈՔԻ ՁԵՎ**



Այս ձևը DPSS-ի ոչ պաշտոնական բողոքի ընթացակարգի համար է, որը նախատեսված է հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների ակտի խախտումները արագ լուծելու համար:

Այս ձևի օգտագործումը չի մտնում այն պահանջների մեջ, որոնք ներկայացնում են դաշնային կանոնակարգերը և չի նախաձեռնում հայց կամ բողոքի օրինական հետաքննում:

Դուք կարող եք բողոքել, եթե կարծում եք, որ ձեր նկատմամբ ցուցաբերվել է խտրականություն, ձեր հաշմանդամության պատճառով կամ դժգոհ եք այն ծառայություններից, որոնք տրամադրվել են ձեզ, ելնելով ձեր հաշմանդամությունից: Հաշմանդամություն կարող են համարվել, բայց չեն սահմանափակվում միայն այն խնդիրներով, որոնք կապված են՝ քայլելու, նստելու, կանգնելու, կարդալու, սովորելու, հասկացողության, խոսելու, լսելու, տեսնելու, բազմության մեջ գտնվելու և հիշողության կորստի հետ:

**Հրահանգներ**

1. Բողոքը պետք է լինի գրավոր և պետք է պարունակի բողոքարկողի՝ անունը, հասցեն և հեռախոսահամարը, ենթադրյալ խախտման(ների) համառոտ նկարագրության հետ միասին:
2. Խնդրում ենք, նշել ուղղիչ գործողությունը, որը պահանջվում է ենթադրյալ խախտումը(ները) լուծելու համար:
3. Բոլոր բողոքի ձևերը պետք է ստորագրված լինեն:
4. Դուք կարող եք փոստով կամ էլ փոստով ուղարկել ձեր բողոքը(ները) DPSS-ի ADA Title II ծրագրի կոորդինատորին կամ Գլխավոր Գործադիր Գրասենյակին (CEO), Հաշմանդամության Քաղաքացիական Իրավունքների բաժնին, հետևյալ հասցեով.

ADA Title II Coordinator  
Department of Public Social Services  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
Հեռախոս. (844) 586-5550  
Fax: (562) 692-2240  
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)  
(Աշխատանքային ժամերը, միայն առավոտյան  
7:00-ից մինչև երեկոյան 4:30)

Chief Executive Office  
Disability Civil Rights Section  
500 West Temple Street, Room 754  
Los Angeles, California 90012  
Հեռախոս. (213) 202-6944  
TTY: (855) 872-0443  
Էլ փոստ. [Adavis@ceo.lacounty.gov](mailto:Adavis@ceo.lacounty.gov)

5. Դուք կարող եք պահանջել ոչ պաշտոնական հանդիպում DPSS-ի ADA Title II ծրագրի կոորդինատորի հետ, ցանկացած հարցի պատասխանը ստանալու համար:
6. DPSS-ը գրավոր կհաստատի ձեր բողոքի ստանալը, բողոքը ներկայացնելու օրվանից հաշված, հինգ (5) աշխատանքային օրվա ընթացքում:

**Խնդրում ենք, նկատի ունենալ.**

- Այս ոչ պաշտոնական բողոքի կարգը չի պահանջվում ըստ դաշնային կանոնակարգերի, ոչ էլ կանխում է, որ բողոք ներկայացնեք համապատասխան դաշնային հարկադիր գործակալությանը:
- Բողոք ներկայացնելու պարագայում ցանկացած փոխհատուցում, հարկադրանք, ահաբեկում, սպառնալիք կամ ճնշում արգելվում է և պետք է անմիջապես հաղորդվի DPSS-ի ADA Title II ծրագրի կոորդինատորին, հետևյալ համարով՝ (844) 586-5550 կամ մարզի CEO-ին, Հաշմանդամության Քաղաքացիական Իրավունքների բաժնին՝ (213) 202-6944 համարով:

***Պահանջելու դեպքում, այս ձևը կարող էք ստանալ այլընտրանքային ձևաչափով, վարչական ADA ծրագրի կոորդինատորից:***



**ՀԱՄԱՐԱԿԱԿԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ  
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ  
ՀԱՇՄԱՆԴԱՍՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՄԵՐԻԿԱՑԻՆԵՐԻ ԱԿՏ (ADA)  
ԲՈՂՈՔԻ ՁԵՎ**



Ձեր լրացնող անձ (*նշել մեկը*)

Բողոքող

Լիազորված Ներկայացուցիչ

Անուն. \_\_\_\_\_

Հասցե. \_\_\_\_\_

Հեռախոսահամար. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Էլ փոստ. \_\_\_\_\_

**ԵՆԹԱԴՐՅԱԼ ԽԱԽՏՈՒՄՆԵՐ**

Նկարագրեք, թե ինչպես Լոս Անջելեսի մարզը ADA-ը չի կատարել: Ներկայացրեք բավարար մանրամասներ, ձեր բողոքը հստակ ներկայացնելու համար (կցեք լրացուցիչ էջեր, եթե անհրաժեշտ է):

Միջադեպի ամսաթիվը. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ՊԱՀԱՆՁՎՈՂ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆ**

Ի՞նչ գործողություններ եք պահանջում, որ մարզը ձեռնարկի, որպեսզի ուղղի ենթադրյալ ADA-ի անհամապատասխանությունը կամ խտրականությունը:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ստորագրություն. \_\_\_\_\_

Ամսաթիվ . \_\_\_\_\_

*«Հարստացնենք մարդկանց կյանքերը արդյունավետ և հոգատար ծառայություններով»*