



**ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ  
ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ  
ՀԱՇՄԱՆՂԱՍՏՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՄԵՐԻԿԱՑԻՆԵՐԻ ԱԿՏԻ  
ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ՁԵՎ**



Այս ձևը ստեղծված է լուծելու Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչության (DPSS) հաճախորդների բողոքները Հաշմանդամություն Ունեցող Ամերիկացիների Ակտի (ADA) ենթադրյալ խախտումների վերաբերյալ:

Այս ձևի օգտագործումը պարտադիր չէ դաշնային կանոնակարգերին համապատասխանելու համար և չի նախաձեռնում իրավական գործողություն:

Դուք կամ ձեր լիազորված ներկայացուցիչը կարող եք բողոքարկել, եթե դուք պնդում եք, որ ձեր հանդեպ ցուցաբերվել է խտրականություն ձեր հաշմանդամության պատճառով, կամ ձեզ չի առաջարկվել կամ տրամադրվել ձեր հաշմանդամությանը համապատասխան հարմարեցում: Հաշմանդամություն կարող են համարվել, բայց չսահմանափակվել միայն այն խնդիրներով, որոնք կապված են քայլելու, նստելու, կանգնելու, կարդալու, սովորելու, հասկանալու, խոսելու, լսելու, տեսնելու, բազմության մեջ գտնվելու և հիշողության կորստի հետ կապված խնդիրներով:

**Հրահանգներ**

1. Լրացրեք կցված բողոքարկման ձևը: Ներառեք ձեր անունը, գործի համարը, հասցեն, բողոքարկողի հեռախոսահամարը և ենթադրյալ խախտման(ների) վերաբերյալ համառոտ նկարագրություն:
2. Տրամադրեք պահանջվող ուղղիչ գործողությունը ենթադրյալ խախտում(ներ)ը լուծելու համար :
3. Ձեր լիազորված ներկայացուցիչը կամ դուք ստորագրեք բողոքարկման ձևը:
4. Ներկայացրեք բողոքարկման ձևը անձամբ ցանկացած DPSS գրասենյակ, հեռախոսով, ֆաքսով, էլ. հասցեով, և/կամ փոստով հետևյալ հասցեներին.

Department of Public Social Services  
Attn: Civil Rights Section  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
Քաղաքացիական իրավունքների  
բողոքարկման թեժ գիծ.  
(562) 908-8501  
Ֆաքս. (562) 692-2240  
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)  
Էլ. փոստ. [DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov](mailto:DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov)

Los Angeles County Chief Executive Office (CEO)  
Attn: Disability Civil Rights Section  
500 West Temple Street, Room 754  
Los Angeles, California 90012  
Հեռախոս. (213) 202-6944  
TTY: (800) 855-7100 (California Relay)  
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 համակարգողի հետ, ցանկացած հարցի պատասխանը ստանալու համար:
6. DPSS-ը կտրամադրի քննիչ, ով գրավոր կհաստատի ձեր բողոքի ստացումը:

**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 զեկուցվի DPSS-ի ADA Title II ծրագրի համակարգողին, հետևյալ համարով՝ (562) 908-8501 կամ մարզի CEO-ին, Հաշմանդամության Քաղաքացիական Իրավունքների բաժնին՝ (213) 202-6944 համարով:

**Այս ձևը կարող եք ստանալ այլընտրանքային ձևաչափով, վարչական ADA ծրագրի , համակարգողից:**



ՀԱՄԱՐԱԿԱԿԱՆ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ  
 ՀԱՇՄԱՆՂԱՍՏՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՄԵՐԻԿԱՑԻՆԵՐԻ ԱԿՏ ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ՁԵՎ



Ձեր լրացնող անձ (*նշել մեկը*).  Բողոքարկող  Լիազորված ներկայացուցիչ  
 Անուն. \_\_\_\_\_ Գործի համարը. \_\_\_\_\_

Հասցե. \_\_\_\_\_

Հեռախոսահամար. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Էլ. փոստ. \_\_\_\_\_

**ԵՆԹԱԴՐՅԱԼ ԽԱԽՏՈՒՄՆԵՐ**

Նկարագրեք ենթադրյալ ADA խախտումը: Ներկայացրեք բավարար մանրամասներ, ձեր բողոքը հստակեցնելու համար (կցեք լրացուցիչ էջեր ըստ անհրաժեշտության):

Միջադեպի ամսաթիվը. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ՊԱՀԱՆՁՎՈՂ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆ**

Ի՞նչ գործողություն եք պահանջում մարզը ձեռնարկի միտումնավոր ADA խախտումը ուղղելու համար:

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

Բողոքարկողի ստորագրություն. \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ. \_\_\_\_\_

Լիազորված ներկայացուցչի ստորագրություն. \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ. \_\_\_\_\_