



# ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង (ADA)

## សំណើសុំសំណៅការកែសម្រួលដែលសមរម្យ

យោងទៅតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៅក្នុងចំណងជើងទី II នៃច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង (“ADA”) នៃឆ្នាំ 1990, ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈនៃឡូសអានីយ៉ែ ឡេស ខោនធី (DPSS) មិនប្រកាន់រើសអើងនឹងបុគ្គលដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលជាជនពិការនៅក្នុងការផ្តល់សេវា, កម្មវិធី ឬ សកម្មភាពនានាឡើយ។ ច្បាប់នេះតម្រូវឱ្យ ក្រសួង DPSS ផ្តល់នូវសេចក្តីត្រូវការ/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យដល់បុគ្គលដែលមានពិការភាព។

យើងអាចផ្តល់ជូនដល់មនុស្សទាំងឡាយដែលមានភាពពិការនូវជំនួយបន្ថែមដែលត្រូវការ ឬការកែសម្រួលលើសេចក្តីតម្រូវនៃកម្មវិធីនិងទង្វើមួយចំនួនបាន។ ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃអ្វីៗដែលយើងអាចជួយជាមួយនឹង៖

- ការអានឯកសារ និង សំណៅរបស់យើង
- ការបំពេញសំណៅរបស់យើង
- ការទៅយកឯកសារនានាដែលយើងត្រូវការ
- ការផ្លាស់ប្តូរវិធាននៃកម្មវិធី និង សេចក្តីតម្រូវនានាផ្សេងទៀត
- ការធ្វើការស្នើសុំពេលណាត់ជួប
- ការផ្តល់លើកតម្រូវការ និង ការកែសម្រួលដែលសមរម្យផ្សេងៗទៀត

បើសិនជា អ្នកគឺជាបុគ្គលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលមានភាពពិការ ដែលត្រូវការ ការតម្រូវចិត្ត/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ អ្នកអាចដាក់ស្នើសុំសំណៅស្នើសុំដែលបានភ្ជាប់មកនេះទៅបុគ្គលិក DPSS ឬ អ្នកអាចសួរ បុគ្គលិក DPSS ណាម្នាក់ សម្រាប់ជំនួយក្នុងការបំពេញសំណៅស្នើសុំនេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅសម្ពន្ធការផ្នែក ADA នៅការិយាល័យ DPSS ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ឬទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែក ADA នៅការិយាល័យ DPSS របស់អ្នក នៅ៖

DPSS ADA Title II Coordinator  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
លេខទូរស័ព្ទ: (844) 586-5550  
Fax: (562) 692-2240

(ពេលម៉ោងធ្វើការ: ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ, ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ទៅម៉ោង 5:00 ល្ងាច)

TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (ពេលម៉ោងធ្វើការតែប៉ុណ្ណោះ: ពីម៉ោង 7:00 ព្រឹក ទៅម៉ោង 4:30 ល្ងាច)

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណលើការតម្រូវចិត្ត/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ គឺជាដំណើរការនៃកិច្ចសហប្រតិបត្តិការដែលនឹងត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណ ដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាននៃបុគ្គលម្នាក់ៗ ។ DPSS នឹងផ្តល់នូវការឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើ ឬសំណើទាំងអស់របស់អ្នក សម្រាប់ការតម្រូវចិត្ត/ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ នៅក្នុងអំឡុងពេលប្រាំ (5) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការគិតពីថ្ងៃដែលសំណើនេះត្រូវបានទទួល។

កត់សម្គាល់: អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញសំណៅនេះដើម្បីនឹងផ្តល់នូវការតម្រូវចិត្ត/ការកែសម្រួលនោះទេ។





# ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង (ADA) សំណើសុំសំរាប់ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ

ឈ្មោះ: ក្រកូល

ឈ្មោះ: ខ្លួន

ឈ្មោះ: កណ្តាលជាអក្សរកាត់

អាសយដ្ឋានផ្ទះ/អាសយដ្ឋានផ្ទះសំបុត្រតាមប្រៃសណីយ៍

ក្រុង

រដ្ឋ

លេខស៊ីពកូដ

លេខទូរស័ព្ទ

TTY:

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

តើអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពនៃសំណើសុំសំរាប់ការតម្រូវចិត្ត/ការកែសម្រួល របស់អ្នកដោយរបៀបណា?

- ទូរស័ព្ទ
- សរសេរសំបុត្រ
- ដទៃទៀត: \_\_\_\_\_

តើអ្នកត្រូវការជំនួយផ្នែកអ្វី? (សូមគូសអ្វីទាំងអស់ដែលទាក់ទង)

- ការអាន
- ការស្តាប់
- ការនិយាយ
- ការយល់ដឹង
- ការមើលឃើញ
- ការឈរ
- ការចងចាំ
- ការដើរ
- ការស្ថិតនៅក្នុងចំណោមហ្វូង
- ដំណោះស្រាយបញ្ហាផ្លូវចិត្ត
- មនុស្សជាច្រើន
- ដទៃទៀត: \_\_\_\_\_

សូមរៀបរាប់អំពីអ្វីដែលយើងអាចជួយអ្នកបាន។ (សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់)

- ការបំពេញសំណេរ
- ការកំណត់ពេលណាត់ជួបមួយ
- ភាសាសញ្ញាអាមេរិកាំង (ASL)
- ដទៃទៀត: \_\_\_\_\_

សំណើសម្រាប់ការតម្រូវចិត្ត/ការកែសម្រួលទាំងអស់ នឹងត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណដោយឡែកពីគ្នា ហើយការឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើ របស់អ្នក នឹងត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលប្រាំ (5) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។

ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ/អ្នកចូលរួម	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
--	-------------

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះនិងសម្ភារៈដែលពាក់ព័ន្ធគឺមានផ្តល់ជូននៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀត។

**ឡូសអានីម៉ែរស្រុកខេត្ត**

**ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ**

ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតបានបំពេញសំណើនេះក្នុងនាមតំណាងឱ្យអ្នក ហើយ អ្នកចង់អនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ (DPSS) ពិភាក្សាអំពីពិការភាព/សំណើសុំ សម្រាប់ការតម្រូវចិត្ត/ការកែសម្រួលរបស់អ្នកជាមួយពួកគេ យើងត្រូវការ ការយល់ព្រមរបស់អ្នក។ សូមបំពេញផ្នែកខាងក្រោម និងចុះហត្ថលេខា។

ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិ \_\_\_\_\_ ដើម្បីពិភាក្សាអំពីជនពិការភាព/ការស្នើសុំរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ (សរសេរឈ្មោះអ្នកដែលបានចាត់តាំងជាអក្សរពុម្ព)

ការតម្រូវចិត្ត/ការកែសម្រួលជាមួយ DPSS សម្រាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ខ្ញុំអាចលុបចោលការអនុញ្ញាតនេះ នៅពេលណាក៏បានលើកលែងតែ សម្រាប់ព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យ DPSS រួចហើយ។ ឯកសារនេះនឹងត្រូវបានរក្សាទុកនៅក្នុងសំណុំរឿងឯកសារ ហើយនឹងមិនត្រូវបានបញ្ចេញឱ្យគេដឹង ដោយគ្មានការចុះហត្ថលេខាអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបញ្ចេញឱ្យគេដឹងនីមួយៗ បានទេ លុះត្រាតែ ការបញ្ចេញឱ្យដឹងនេះត្រូវបានតម្រូវយ៉ាងចំដោយដាក់លាក់ ឬ ត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ខ្ញុំបានអានសំណើនេះ (ឬ សំណើនេះត្រូវបានគេអានឱ្យខ្ញុំស្តាប់) បន្ទាប់ពី វាត្រូវបានបំពេញសព្វគ្រប់ហើយ។ ខ្ញុំដឹងថាខ្ញុំអាចទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារនេះ ប្រសិនបើខ្ញុំបានស្នើសុំវា។

ហត្ថលេខា អ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ/អ្នកចូលរួម	ខែថ្ងៃឆ្នាំ	
សរសេរឈ្មោះអ្នកដែលចាត់តាំងជាអក្សរពុម្ព	ទំនាក់ទំនងត្រូវជាអ្វីនឹងអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ/អ្នកចូលរួម	លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានផ្ទះ	ក្រុងនិងរដ្ឋ	លេខស៊ីពកូដ

សំណើសម្រាប់ការតម្រូវចិត្ត/ការកែសម្រួលទាំងអស់ នឹងត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណដោយឡែកពីគ្នា ហើយការឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នក នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលប្រាំ (5) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។

**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: \_\_\_\_\_

**សេចក្តីជូនដំណឹងនេះនិងសម្ភារៈដែលពាក់ព័ន្ធគឺមានផ្តល់ជូននៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀត។**