



**УПРАВЛЕНИЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ
АКТ ОБ АМЕРИКАНСКИХ ГРАЖДАНАХ,
ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ.
ФОРМА ДЛЯ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ**



Данная форма предназначена для подачи жалоб клиентов в Управление социальное обеспечение населения (DPSS) в целях рассмотрения предполагаемых нарушений в рамках Акта об Американских Гражданах, имеющих инвалидность (ADA).

Использование данной формы не входит в число требований, предъявляемых федеральным законодательством и не является основанием для возбуждения судебного процесса.

Вы или ваш уполномоченный представитель можете подать жалобу, если утверждаете, что вас дискриминировали из-за вашей инвалидности или если вам не предложили или не предоставили соответствующие удобства в связи с вашей инвалидностью. Инвалидность может включать, помимо прочего, такие проблемы, как трудности при ходьбе, сидении, стоянии, чтении, обучении, понимании, проблемы слуха, речи, зрения, боязнь толпы и потеря памяти.

Инструкции

1. Заполните прилагаемую форму жалобы. Укажите свое имя, номер дела, адрес, номер телефона подающего жалобу и краткое описание предполагаемых нарушений.
2. Укажите, какие меры должны быть приняты для устранения предполагаемых нарушений.
3. Вы или ваш уполномоченный представитель должны подписать форму жалобы.
4. Форму жалобы можно подать лично в любом отделении DPSS, по телефону, факсу, электронной почте или отправить почтой по адресу:

Department of Public Social Services
Attn: Civil Rights Section
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Civil Rights Complaint Hotline:
(562) 908-8501
Fax: (562) 692-2240
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)
Email: 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
Telephone: (213) 202-6944
TTY: (800) 855-7100 (California Relay)
Email: Adavis@ceo.lacounty.gov

5. Вы можете попросить назначить вам неофициальную встречу с Координатором программы ADA Title II Управления DPSS, чтобы получить ответы на имеющиеся у вас вопросы.
6. Управление DPSS назначит своего специалиста по расследованию, который уведомит вас о получении вашей жалобы в письменном виде.

Пожалуйста, учтите:

- Эта неофициальная процедура подачи жалобы не входит в число требований, предъявляемых федеральным законодательством и не препятствует подаче вами официальной жалобы в соответствующие правоохранительные государственные структуры.
- Любое применение ответных мер, оказание давления, угрозы, запугивание, вмешательство или преследование за подачу жалобы, запрещены и о них необходимо незамедлительно сообщать Координатору программы ADA Title II Управления DPSS по номеру (562) 908-8501 или же в офис Исполнительного Директора (CEO), Отдел по Гражданским правам лиц, имеющих инвалидность, по номеру (213) 202-6944.

Данную форму в альтернативных форматах можно получить у Ведомственного Координатора программы ADA.



УПРАВЛЕНИЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ
АКТ ОБ АМЕРИКАНСКИХ ГРАЖДАНАХ,
ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ.
ФОРМА ДЛЯ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ



Лицо, заполняющее форму (отметьте одно): Подающий жалобу Уполномоченный представитель

Имя: _____ Номер дела: _____

Адрес: _____

Но. телефона: (_____) _____

Е-мейл: _____

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ НАРУШЕНИЯ

Опишите предполагаемое нарушение в рамках акта ADA. Предоставьте достаточно подробную информацию, чтобы ясно изложить суть вашей жалобы (при необходимости приложите дополнительные страницы).

Дата Нарушения: _____

ТРЕБУЕМЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Какое действие вы запрашиваете у округа, чтобы исправить предполагаемое нарушение ADA?

Подпись Заявителя: _____ Дата: _____

Подпись Уполномоченного представителя _____ Дата: _____