



## Акт об Американских гражданах, имеющих инвалидность

### Запрос об обоснованно необходимых приспособлениях/модификациях

Согласно требованиям Раздела II Акта об американских гражданах, имеющих инвалидность, 1990 г. (ADA), Управление социального обеспечения округа Лос-Анджелес (DPSS) не будет подвергать дискриминации квалифицированных лиц, имеющих инвалидность, в рамках своих услуг, программ или деятельности. Закон требует, чтобы DPSS в разумных пределах предоставляло приспособления/модификации для лиц, имеющих инвалидность.

Мы можем оказать дополнительную помощь лицам, имеющим инвалидность, или видоизменить некоторые требования и практику программы. Ниже приведены примеры того, с чем мы можем помочь:

- Прочтение наших документов и форм
- Заполнение наших форм
- Получение необходимых документов
- Изменение требований к трудоустройству и других требований программы
- Назначение встреч
- Другие обоснованно необходимые приспособления/модификации

Если вы являетесь лицом, имеющим инвалидность, и нуждаетесь в обоснованно необходимых приспособлениях/ модификациях для доступа или участия в программах и услугах DPSS, вы можете предоставить заполненную форму прилагаемого запроса любому работнику управления DPSS или же попросить о помощи любого работника DPSS. Вы также можете позвонить на горячую линию DPSS ADA, чтобы запросить соответствующее приспособление/ модификацию:

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** (California Relay)

Подбор обоснованно необходимого приспособления/модификации является совместным процессом, который будет рассматриваться в индивидуальном порядке.

DPSS ответит на ваш запрос относительно приспособления/модификации в течение пяти (5) рабочих дней, начиная с даты получения запроса.

**Примечание: Вы не обязаны заполнять эту форму для того, чтобы ваш запрос на получение необходимого приспособления/модификации был принят.**

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



**Акт об Американских гражданах,  
имеющих инвалидность**

**Запрос об обоснованно необходимых приспособлениях/модификациях**

Имя:	Номер Дела	
Адрес		
Город	Штат	Зип-код
Телефон:	TTY	Email:

Как бы вы хотели получить информацию о статусе вашего запроса о приспособлениях/модификациях?

- По Телефону     
  Письменно     
  Другое \_\_\_\_\_

**В какой помощи вы нуждаетесь? (отметьте все, в чем вы нуждаетесь)**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Трудности при чтении           | <input type="checkbox"/> Проблема слуха                | <input type="checkbox"/> Проблема речи   | <input type="checkbox"/> Трудности с пониманием |
| <input type="checkbox"/> Проблема со зрением            | <input type="checkbox"/> Трудности при нахождении стоя | <input type="checkbox"/> Потеря памяти   | <input type="checkbox"/> Трудности при ходьбе   |
| <input type="checkbox"/> Боязнь толпы                   | <input type="checkbox"/> Эмоциональное расстройство    | <input type="checkbox"/> Заполнение форм | <input type="checkbox"/> Назначение встречи     |
| <input type="checkbox"/> Американский язык жестов (ASL) | <input type="checkbox"/> Другое: _____                 |  |   |

Подпись заявителя/участника	Дата
-----------------------------	------

Если кто-либо другой заполнил форму «Запрос об обоснованно необходимых приспособлениях/модификациях» от вашего имени и вы хотели бы дать разрешение Управлению социального обеспечения (DPSS) обсудить ваш запрос о предоставлении необходимых приспособлений/изменений с этим лицом, то нам необходимо ваше согласие. Пожалуйста, заполните раздел ниже и подпишите.

Я уполномочиваю \_\_\_\_\_ обсуждать вопросы с  
(Имя доверенного лица печатными буквами)

DPSS относительно моего запроса по предоставлению мне необходимых изменений/приспособлений на период равный 30 дням. Я могу отозвать данное разрешение в любое время, за исключением информации, которая уже была предоставлена DPSS. Этот документ будет храниться в материалах дела и не будет предоставлен никому без моего на то письменного разрешения в каждом отдельном случае, за исключением тех случаев, когда раскрытие информации особенно требуется или разрешено законом. Эта форма прочитана мной (или прочитана мне кем-либо другим) после того, как она была заполнена. Мне известно, что я могу запросить копию этого документа.

Подпись заявителя/участника		Дата
Имя доверенного лица печатными буквами	Кем приходится заявителю/получателю	Номер телефона доверенного лица
Адрес доверенного лица		