ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងនៃ
ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង (ADA)

ទម្រង់បែបបទនេះគឺសំរាប់ជានីតិវិធីបណ្តឹងក្រៅផ្លូវការតាមរយៈ DPSS ដែលបានរៀបចំឡើងដើម្បីដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងឱ្យបានឆាប់រហ័ស ដែលទាក់ទងទៅនឹងការរំលោភបំពានលើច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង។

ការប្រើទម្រង់បែបបទនេះមិនតម្រូវឱ្យអនុវត្តទៅតាមបទបញ្ញត្តិសហព័ន្ធ និង មិនមែនផ្ទួចផ្តើមពាក្យបណ្តឹងតាមផ្លូវច្បាប់ ឬ នីតិវិធីបណ្តឹងជាផ្លូវការនោះទេ។

អ្នកប្រហែលជាអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងមួយ បើសិនជាអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានរើសអើង ពីព្រោះតែភាពពិការរបស់អ្នក ឬ អ្នកមិនពេញចិត្តចំពោះកិច្ចការជួយដែលអ្នកបានទទួល ដែលទាក់ទងនឹងសេចក្តីត្រូវការលើភាពពិការរបស់អ្នក។ ភាពពិការមួយចំនួនអាចមានរួមទាំង ប៉ុន្តែមិនកំរិតត្រឹមតែ បញ្ហាជាមួយនឹងការដើរ ការអង្គុយ ការឈរ ការអាន ការរៀន ការយល់ដឹង ការនិយាយ ការស្តាប់ ការមើលឃើញ ការស្ថិតនៅក្នុងចំណោមហ្វូងមនុស្សជាច្រើន និង ការបាត់បង់ស្មារតីចងចាំ។

សេចក្តីណែនាំបង្ហាញ

1. ពាក្យបណ្តឹងត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយគួរតែមានឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និង លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកដាក់ប្តឹង ជាមួយនឹងសេចក្តីរៀបរាប់សង្ខេបនៃការចោទប្រកាន់អំពីការរំលោភបំពាន។
2. សូមដាក់បញ្ចូលវិធានការកែតម្រូវដែលត្រូវបានស្នើសុំ ដើម្បីដោះស្រាយនូវការចោទប្រកាន់អំពីការរំលោភបំពាន។
3. ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងទាំងអស់ គួរតែត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។
4. អ្នកអាចផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬ អ៊ីម៉ែលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកទៅអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែក ADA ចំណងជើងទី II នៃ DPSS ឬ ទៅការិយាល័យនៃអគ្គនាយក (CEO) អង្គភាពផ្នែកសិទ្ធិមនុស្សពិការ ដែលមានរាយឈ្មោះខាងក្រោម ៖

ADA Title II Coordinator
Department of Public Social Services
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
លេខទូរស័ព្ទ: (844) 586-5550
TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (ពេលម៉ោងធ្វើការប៉ុណ្ណោះ 7:00 a.m. ដល់ 4:30 p.m.)
អ៊ីម៉ែល: **adahelp@dpss.lacounty.gov**

Chief Executive Office
Disability Civil Rights Section
500 West Temple Street, Room 754
Los Angeles, California 90012
លេខទូរស័ព្ទ: (213) 202-6944
TTY: (855) 872-0443
អ៊ីម៉ែល: **Adavis@ceo.lacounty.gov**

5. អ្នកអាចស្នើសុំជំនួបជាផ្លូវការដើម្បីពិភាក្សាជាមួយនឹងអ្នកសម្របសម្រួលរបស់ DPSS ផ្នែក ADA ចំណងជើងទី II ដើម្បីឱ្យគេឆ្លើយនូវសំណួរផ្សេងៗ ណាមួយបាន។
6. ក្រសួង DPSS នឹងទទួលស្គាល់ការទទួលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៅក្នុងអំឡុងពេលប្រាំ (5) ថ្ងៃធ្វើការ ចាប់ពីថ្ងៃដែលពាក្យបណ្តឹងត្រូវបានដាក់ប្តឹងនេះ។

សូមកត់ចំណាំ:

- ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងក្រៅផ្លូវការនេះ គឺមិនមែនជាសេចក្តីតម្រូវមួយនៅក្រោមបទបញ្ញត្តិសហព័ន្ធ ឬក៏ វារារាំងមិនឱ្យអ្នកដាក់ពាក្យប្តឹងជាមួយនឹងទីភ្នាក់ងារក្រសួងមានសមត្ថកិច្ចសហព័ន្ធដែលពាក់ព័ន្ធនោះទេ។
- ការសងសឹង ការបង្ខិតបង្ខំ ការគំរាមគំហែង ការជ្រៀតជ្រែក ឬ ការតាមយាយីណាមួយ សំរាប់ការដាក់ពាក្យប្តឹងគឺត្រូវបានហាមឃាត់ និង ត្រូវតែរាយការណ៍ជាបន្ទាន់ទៅអ្នកសម្របសម្រួលរបស់ DPSS ផ្នែក ADA ចំណងជើងទី II លេខ: (844) 586-5550 ឬទៅការិយាល័យ CEO ខោនធី អង្គភាពផ្នែកសិទ្ធិមនុស្សពិការ លេខ: (213) 202-6944 ។

ទម្រង់បែបបទនេះគឺមានផ្តល់ជូននៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដោយអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកអង្គភាព ADA តាមការស្នើសុំ។

ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងនៃ
ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង (ADA)

អ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទ (***សូមគូសប្រអប់មួយ***): ☐ អ្នកដាក់ប្តឹង ☐ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់

ឈ្មោះ: _____

អាសយដ្ឋាន: _____

លេខទូរស័ព្ទ:(_____)_____

អ៊ីម៉ែល: _____

ការចោទប្រកាន់លើបទរំលោភបំពាន

សូមរៀបរាប់អំពីអ្វីៗដែលឡូសអិនយីឡេសខោនធីមិនបានអនុវត្តទៅតាម ADA ។ សូមផ្តល់នូវព័ត៌មានឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់យ៉ាងលំអិត ដើម្បីធ្វើឱ្យពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកបានច្បាស់លាស់ (សូមភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់)។

ថ្ងៃដែលហេតុការណ៍បានកើតឡើង: _____

_____

_____

_____

_____

_____

ការស្នើសុំឱ្យចាត់វិធានការ

តើវិធានការអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យខោនធីយកទៅកែសម្រួលឱ្យបានត្រឹមត្រូវលើការចោទប្រកាន់ថាមិនបានអនុវត្តតាម ADA ឬ ការរើសអើងនោះ?

_____

_____

_____

_____

_____

ហត្ថលេខា: _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ:_____

"ធ្វើឱ្យជីវិតមានន័យខ្លឹមសារឡើង តាមរយៈកិច្ចការជួយបំពេញដែលមានប្រសិទ្ធិភាព និង ការយកចិត្តទុកដាក់"