



## DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

### قانون آمریکایی های معلول (ADA) فرم شکایت



این فرم DPSS برای روند شکایت رسمی طراحی شده، و برای حل و فصل سریع شکایات مربوط به نقض قانون آمریکایی های معلول می باشد.

استفاده از این فرم مورد نیاز نمی باشد تا با رعایت از قوانین و مقررات فدرال و طرح دعوی در دادگاه و یا روش شکایت رسمی را آغاز کرد.

اگر شما احساس می کنید که به علت ناتوانی خود مورد تبعیض قرار گرفته اید و یا با خدماتی که شما مرتبط به انطباق ناتوانی خود دریافت کرده اید راضی نیستید، شما ممکن است که یک شکایت طرح کنید. برخی از ناتوانی ها ممکن است شامل، ولی نه محدود به مشکلات راه رفتن، نشستن، ایستادن، خواندن، یادگیری، درک، صحبت کردن، شنیدن، دیدن، بودن در میان جمعیت، و از دست دادن حافظه باشد.

#### دستور العمل ها

1. شکایت باید کتبی باشد و باید شامل نام، آدرس، و شماره تلفن شاکی همراه با شرح مختصری از تخلف ادعا (ها) باشد.
2. لطفاً اقدامات اصلاحی مورد تقاضا برای حل و فصل تخلف ادعا (ها) را شامل کنید.
3. همه فرم های شکایت باید امضا شود.
4. شما ممکن است که شکایت (ها)ی خود را توسط پست و یا پست الکترونیکی به DPSS ADA Title II Coordinator یا Chief Executive Office (CEO)، بخش حقوق مدنی ناتوانی در آدرس زیر بفرستید:

ADA Title II Coordinator  
Department of Public Social Services  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
تلفن: (844) 586-5550

TTY: (877) 735-2929 (California Relay)  
(ساعات اداره 7:00 صبح تا 4:30 بعد از ظهر)

پست الکترونیکی [adahelp@dpss.lacounty.gov](mailto:adahelp@dpss.lacounty.gov)

Chief Executive Office  
Disability Civil Rights Section  
500 West Temple Street, Room 754  
Los Angeles, California 90012  
تلفن: (213) 202-6944  
TTY: (855) 872-0443

پست الکترونیکی [ADavis@ceo.lacounty.gov](mailto:ADavis@ceo.lacounty.gov)

5. برای پاسخ به هر گونه سوال شما ممکن است که یک جلسه رسمی با DPSS ADA Title II Coordinator درخواست کنید.

6. DPSS شکایت خود را کتباً ظرف پنج روز (5) کاری از تاریخی که شکایت طرح شده است آن را تصدیق می کند.

#### لطفاً توجه داشته باشید:

- استفاده از این روند شکایت رسمی طبق مقررات فدرال مورد نیاز نیست و آن شما را از طرح شکایت با سازمان اجرای فدرال مناسب را منع نمی کند.
- هر اقدام تلافی جویانه، فشار، ارباب تهدید، دخالت یا آزار و اذیت برای تشکیل پرونده از یک شکایت ممنوع است و باید فوراً به DPSS ADA Title II Coordinator: (844) 586-5550 و یا به مدیر عامل این کشور، بخش حقوق مدنی ناتوانی: (213) 202-6944 گزارش شود.

این فرم در فرمت دیگری از هماهنگ کننده اداره ADA بنا به درخواست در دسترس می باشد.



# DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

قانون آمریکایی های معلول (ADA)

فرم شکایت



شخصی که فرم را تکمیل می کند (یکی را چک کنید):  شکایت  نماینده مجاز

نام: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

شماره تلفن: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

پست الکترونیکی: \_\_\_\_\_

### ادعای نقض

توصیف کنید که چگونه کانتی لس آنجلس قوانین ADA را رعایت نکرده است. جزئیات کافی برای روشن کردن شکایت خود ارائه دهید. (در صورت لزوم صفحات اضافی ضمیمه کنید).

تاریخ وقوع: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

### اقدامات درخواستی

چه اقداماتی را از کانتی درخواست می کنید که برای اصلاح به اتهام عدم رعایت ADA یا تبعیض انجام دهد؟

---

---

---

---

---

---

امضا: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

*"To Enrich Lives Through Effective and Caring Service"*