



Լոս Անջելեսի մարզ

Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչություն

Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների ակտ (ADA)

[Հայց ողջամիտ փոփոխությունների վերաբերյալ](#)

Լոս Անջելես մարզի հասարակական սոցիալական ծառայությունների վարչությունը (DPSS) խտրականություն չի գործադրում իրավասու հաշմանդամ անձանց հանդեպ, իր ծառայություններում, ծրագրերում կամ գործողություններում: Օրենքը պահանջում է, որ DPSS-ը տրամադրի ողջամիտ փոփոխություններ այն անձանց, ովքեր հաշմանդամ են:

Մենք կարող ենք ձեզ տրամադրել հավելյալ օգնություն կամ փոփոխել որոշ ծրագրերի պահանջները և գործելակերպերը: Ստորև նշված են օրինակներ, որոնց համար դուք կարող եք օգնություն խնդրել.

- **[Հերթերի մեջ չսպասել](#)**
- **[Կարդալ մեր փաստաթղթերը և հարցաձևերը](#)**
- **[Լրացնել մեր հարցաթերթերը](#)**
- **[Ստանալ մեզ անհրաժեշտ փաստաթղթերը](#)**
- **[Փոփոխություններ աշխատանքի կամ այլ ծրագրերի պահանջների մեջ](#)**
- **[Ժամադրություններ վերցնել](#)**
- **[Այլ ողջամիտ փոփոխություններ](#)**

Դուք կարող եք ներկայացնել կցված հայցի ձևը DPSS-ի ցանկացած աշխատակցի կամ օգնության համար կարող եք դիմել ցանկացած DPSS աշխատակցի: Դուք կարող եք նաև կապվել ձեր տեղական DPSS գրասենյակի ADA մասնագետի հետ կամ դիմել՝

DPSS ADA Title II Coordinator
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Հեռախոս. **(844)586-5550**

Ֆաքս. **(562)692-2240**

Էլ. փոստ. **adahelp@dpss.lacounty.gov**

TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (Գրասենյակի ժամերն են՝
միայն առավոտյան 7:00-ից մինչև երեկոյան 4:30):

Համապատասխան ողջամիտ փոփոխությունը բացահայտում է, որպես համագործակից գործընթաց, որը կգնահատվի անհատական հիմունքներով: DPSS-ը կտրամադրի պատասխան ձեր փոփոխության հայցի կամ հայցերի վերաբերյալ հինգ (5) աշխատանքային օրվա ընթացքում, սկսած այն օրվանից, երբ հայցը ստացվել է:

Նշում. Դուք պարտավոր չեք լրացնել այս ձևը, որ ձեր փոփոխություն տրամադրելու խնդրանքը ընդունվի:



Լոս Անջելեսի մարզ
 Հասարակական Սոցիալական Ծառայությունների Վարչություն
 Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների ակտ (ADA)
Հայց ողջամիտ փոփոխությունների վերաբերյալ

Ազգանուն	Անուն	MI	
Տան հասցե	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային կոդ
Հեռախոս	TTY.	Էլ. փոստի հասցե.	

Ինչպե՞ս եք ցանկանում ստանալ տեղեկություն ձեր փոփոխության հարցման կարգավիճակի մասին:
 Հեռախոս Գրավոր Էլ փոստ Այլ. _____

Դուք ի՞նչ օգնության կարիք ունեք (նշեք այն ամենը, որ կիրառելի է):

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Կարդալու | <input type="checkbox"/> Լսելու | <input type="checkbox"/> Խոսելու | <input type="checkbox"/> Հասկանալու |
| <input type="checkbox"/> Տեսնելու | <input type="checkbox"/> Կանգնելու | <input type="checkbox"/> Հիշելու | <input type="checkbox"/> Քայլելու |
| <input type="checkbox"/> Բազմության շուրջը լինելու | <input type="checkbox"/> Զգացմունքների կառավարման | | |
| <input type="checkbox"/> Այլ. _____ | | | |

Բացատրեք, թե ինչպես կարող ենք ձեզ օգնել: (Անհրաժեշտության դեպքում լրացուցիչ թուղթ օգտագործեք)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Լրացնել հարցաթերթերը | <input type="checkbox"/> Ժամադրություն նշանակել | <input type="checkbox"/> Ամերիկյան նշանի լեզու (ASL) |
| <input type="checkbox"/> Այլ. _____ | | |

Բոլոր փոփոխությունների հարցումները կգնահատվեն անհատականորեն և ձեր հարցման պատասխանը կտրամադրվի 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Ստորագրություն. _____ Ամսաթիվ. _____

FOR DPSS USE ONLY

Please complete 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. Email: DPSSADA@dpss.lacounty.gov

Received by (Print Name and Title): _____ Phone: _____

Were Modification(s) provided?: Yes No: What type of 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: _____

Authorized by: _____ Date: _____

Այս ծանուցումը և հարակից նյութերը հասանելի են այլընտրանքային ձևաչափով: