



ឡូសអ៊ីនយ៉ឺឡេសខោនធី
ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ

ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង (ADA)
សំណើសុំសំរាប់ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ

ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈនៃឡូសអ៊ីនយ៉ឺឡេសខោនធី (DPSS) មិនរើសអើងប្រឆាំងនឹងបុគ្គលដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលជាជនពិការនៅក្នុងការផ្តល់សេវា, កម្មវិធី, ឬ សកម្មភាពទេ។ ច្បាប់នេះតម្រូវឱ្យក្រសួង DPSS ផ្តល់នូវការកែសម្រួលដែលសមរម្យដល់បុគ្គលដែលមានពិការភាព។

យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកជំនួយបន្ថែម ឬ កែសម្រួលលើសេចក្តីតម្រូវនៃកម្មវិធី និង ទង្វើមួយចំនួន។ ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃអ្វីៗដែលអ្នកអាចស្នើសុំកិច្ចជួយ៖

- ការមិនចាំបាច់ឈរចាំក្នុងជួរ។
- ការអានឯកសារ និង សំណុំបែបបទ
- ការបំពេញសំណៅរបស់យើង
- ការទៅយកឯកសារនានាដែលយើងត្រូវការ
- ការផ្លាស់ប្តូរវិធានការនៃកម្មវិធី និង សេចក្តីតម្រូវនៃការងារ
- ធ្វើការស្នើសុំពេលវេលាឆាប់ជាង
- ការផ្តល់លើកតម្រូវការដែលសមហេតុផលផ្សេងៗទៀត

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំលើសំណៅដែលបានភ្ជាប់មកនេះ ហើយផ្តល់ទៅឱ្យបុគ្គលិក DPSS ណាម្នាក់ ឬ អ្នកអាចសួរបុគ្គលិក DPSS ណាម្នាក់ សម្រាប់ជំនួយក្នុងការបំពេញសំណៅស្នើសុំនេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងនឹងសម្ពន្ធការផ្នែក ADA នៅការិយាល័យ DPSS ក្នុងតំបន់អ្នករស់នៅ ឬ ទំនាក់ទំនងនឹង៖

DPSS ADA Title II Coordinator
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Phone: (844) 586-5550
Fax: (562) 692-2240
អ៊ីម៉ែល: adahelp@dpss.lacounty.gov

TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (សំរាប់ពេលម៉ោងធ្វើការតែប៉ុណ្ណោះ: 7:00 a.m. ដល់ 4:30 p.m.)

ការកំណត់អត្តសញ្ញាណលើការកែសម្រួលដែលសមរម្យគឺជាដំណើរការនៃកិច្ចសហប្រតិបត្តិការ ដែលនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាននៃបុគ្គលម្នាក់ៗ។ ក្រសួង DPSS នឹងផ្តល់នូវការឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើឬសំណើទាំងអស់ របស់អ្នកសម្រាប់ការកែសម្រួលនិងសេចក្តីត្រូវការដែលសមរម្យនៅក្នុងអំឡុងពេលប្រាំ (5) ថ្ងៃធ្វើការគិតពីថ្ងៃដែលសំណើ នេះត្រូវបានទទួល។

កំណត់សំគាល់: អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវអោយបំពេញសំណៅនេះដើម្បីនឹងផ្តល់នូវការកែសម្រួលទេ។



ឡូសអ៊ីនយ៉ឺឡេសខោនធី
ក្រសួងសង្គមកិច្ចសាធារណៈ
ច្បាប់ការពារជនពិការអាមេរិកាំង (ADA)
សំណើសុំសំរាប់ការកែសម្រួលដែលសមរម្យ

ឈ្មោះត្រកូល	ឈ្មោះខ្លួន	ឈ្មោះកណ្តាលជាអក្សរកាត់
អាសយដ្ឋានផ្ទះ	ក្រុង	រដ្ឋ
លេខទូរស័ព្ទ	TTY:	អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល:

តើអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពនៃសំណើសុំសំរាប់ការកែសម្រួលរបស់អ្នក ដោយរបៀបណា?

- ទូរស័ព្ទ សរសេរសំបុត្រ អ៊ីម៉ែល ដទៃទៀត:

តើអ្នកត្រូវការជំនួយផ្នែកអ្វី? (សូមគូសអ្វីទាំងអស់ដែលទាក់ទង)

- | | | | |
|---|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ការអាន | <input type="checkbox"/> ការស្តាប់ | <input type="checkbox"/> ការនិយាយ | <input type="checkbox"/> ការយល់ដឹង |
| <input type="checkbox"/> ការមើលឃើញ | <input type="checkbox"/> ការឈរ | <input type="checkbox"/> ការចងចាំ | <input type="checkbox"/> ការដើរ |
| <input type="checkbox"/> ការស្ថិតនៅក្នុងចំណោមហ្វូងមនុស្សជាច្រើន | <input type="checkbox"/> ដំណោះស្រាយបញ្ហាផ្លូវចិត្ត | | |
| <input type="checkbox"/> ដទៃទៀត: _____ | | | |

សូមរៀបរាប់អំពីអ្វីៗដែលយើងអាចជួយអ្នកបាន។ (សូមភ្ជាប់ទំព័ររន្តម បើសិនជាចាំបាច់)

- ការបំពេញសំណៅ ការកំណត់ពេលណាត់ជួបមួយ ភាសាសញ្ញាអាមេរិកាំង (ASL)
- ដទៃទៀត: _____

សំណើទាំងអស់សំរាប់ការកែសម្រួលនិងត្រូវធ្វើការប៉ាន់ប្រមាណដោយឡែកពីគ្នា ហើយ ការឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នក នឹងត្រូវផ្តល់ជូន ក្នុងអំឡុងពេល 5 ថ្ងៃធ្វើការ។

ហត្ថលេខា: _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ: _____

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@dps.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: _____

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះនិងសម្ភារៈដែលពាក់ព័ន្ធគឺមានផ្តល់ជូននៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀត។