



# 美國殘障者法案 (ADA)

## 請求合理的照顧/調整

根據 1990 年的美國殘障者法案 (“ADA”) 第二章的規定，洛杉磯縣政府公共社會服務局 (DPSS) 將不得在其所提供的服務，計劃，或者活動中對基於殘障而歧視符合資格的殘障人士。法律要求 DPSS 為殘障人士提供合理的照顧/調整服務。

我們可以給予殘障人士所需要的額外協助或者調整某些計劃的要求和執行措施。以下是我們可以協助的一些例子：

- 閱讀我們的文件和表格
- 填寫我們的表格
- 獲取我們所需的文件
- 工作要求和和其他計劃規則的更改
- 預約訪談時間
- 其他合理的照顧/調整

如果你是位合格的殘障人士需要合理的照顧/調整，你可以遞交附上的請求表格給任何 DPSS 員工或者你可以要求任何 DPSS 員工的協助。你也可以與你當地的 DPSS 辦事處 ADA 代言人聯絡，或者洽詢 DPSS ADA Title II 協調員：

DPSS ADA Title II Coordinator  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
電話: **(844) 586-5550**  
傳真: **(562) 692-2240**

(辦公時間: 週一至週五, 上午 8:00 到下午 5:00)

**TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (辦公時間僅從上午 7:00 到下午 4:30)**

確定適當合理的照顧/調整是一項根據不同個人進行評估的合作過程。DPSS 將在收到請求的五 (5) 個工作日之內對你的請求或者多項照顧/調整的請求作出回應。

**注意: 請求提供照顧/調整的服務, 你不需要填寫這份表格。**





## 美國殘障者法案 (ADA) 請求合理的照顧/調整

姓氏	名字	中間名首字
住家/郵寄地址		
城市	州	郵遞區號
電話號碼	電傳打字 TTY:	電郵地址:

有關你請求照顧/調整的狀況你希望如何通知你 ?

- 電話    
  書信    
  其他: \_\_\_\_\_

**你需要何種協助? (勾選所有適用的協助項目)**

- |                                    |                               |                             |                             |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 閱讀        | <input type="checkbox"/> 聆聽   | <input type="checkbox"/> 說話 | <input type="checkbox"/> 理解 |
| <input type="checkbox"/> 觀看        | <input type="checkbox"/> 站立   | <input type="checkbox"/> 記憶 | <input type="checkbox"/> 行走 |
| <input type="checkbox"/> 處於人群中     | <input type="checkbox"/> 情緒控制 |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> 其他: _____ |                               |                             |                             |

請敘述我們怎樣可以協助你. (如果需要使用另外的紙張)

- 填寫表格    
  預約訪談時間    
  美國手語服務 (ASL)
- 其他: \_\_\_\_\_

所有的照顧/調整請求都將進行個別的評估, 並且在五 (5) 個工作日之內對你的請求作出回應.

申請人/參與者簽名	日期
-----------	----

本通知以及相關資料可以提供不同的格式.

如果其他人士代表你填寫了這份表格，並且你想允許公共社會服務局 (DPSS) 與他們商討你的殘障/照顧/調整的請求，我們需要你的准許。請填寫以下部份並簽署姓名。

我授權 \_\_\_\_\_ 有 30 天時間的期限與 DPSS 商討我的  
(正楷書寫指定人姓名)

殘障/照顧/調整的請求。除了已經給予 DPSS 的資料以外，我可以隨時撤銷這份授權。此份文件將保存在個案檔案中，如果沒有我簽署對每份資料披露的同意，這些資料將保持機密，除非法律有明確規定或者允許披露。這份表格填妥完成後，我已經閱讀 (或者有人向我閱讀) 其中的內容。我知道如果我要求，我可以獲得一份此文件的副本。

申請人/參與者簽名		日期
正楷書寫指定人姓名	與申請人/參與者的關係	電話號碼
地址	城市和州	郵遞區號

所有的照顧/調整請求都將進行個別的評估，並且在五 (5) 個工作日之內對你的請求作出回應。

**FOR DPSS USE ONLY**

Please complete the following information 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

Print Name and Title of person who provided accommodation/modification: \_\_\_\_\_

Telephone number of person who provided accommodation/modification: \_\_\_\_\_

Were Accommodations/Modifications provided?     Yes     No

If yes, what type of accommodation/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:

---

ADA or Customer Service Liaison (Print Name): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

本通知以及相關資料可以提供不同的格式。