



Condado de Los Angeles
Departamento de Servicios Sociales Públicos

Decreto sobre los Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

Solicitud de Modificaciones Adecuadas

El Departamento de Servicios Sociales Públicos del Condado de Los Angeles (DPSS) no discrimina contra personas calificadas con discapacidades en sus servicios, programas o actividades. La ley requiere que el DPSS proporcione modificaciones adecuadas para las personas que tienen una discapacidad.

Podemos ofrecerle ayuda adicional o modificar algunos requisitos del programa y las prácticas. A continuación se muestran ejemplos de las cosas con las que usted puede pedir ayuda:

- **Avanzar en las líneas de espera**
- **Leer nuestros documentos y formularios**
- **Llenar nuestros formularios**
- **Obtener los documentos que necesitamos**
- **Cambios en los requisitos de trabajo y otros programas**
- **Programar sus citas**
- **Otras modificaciones adecuadas**

Usted puede presentar el formulario de solicitud o pedir ayuda a cualquier empleado de DPSS. También puede comunicarse con el coordinador de ADA en su oficina local del DPSS o comuníquese con:

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

Correo Electrónico: adahelp@dpss.lacounty.gov

TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (Horario de oficina sólo de 7:00 a.m. a 4:30 p.m.)

La identificación apropiada de la modificación adecuada es un proceso cooperativo que será evaluado en una forma individual. El DPSS proporcionará una respuesta a su petición o peticiones de modificación dentro de cinco (5) días hábiles desde la fecha en que se recibió la solicitud.

Nota: Usted no está obligado a completar este formulario para que se le proporcione una modificación.



Condado de Los Angeles
Departamento de Servicios Sociales Públicos
Decreto sobre los Estadounidenses con Discapacidades (ADA)
Solicitud de Modificaciones Adecuadas

Apellidos	Primer Nombre	Segundo Nombre
Domicilio	Ciudad	Estado
		Código postal
Teléfono	TTY:	Correo Electrónico:

¿Cómo desearía que se le informe sobre el estado de su solicitud de modificaciones adecuadas?

Por Teléfono
 Escrito
 Correo Electrónico
 Otro: _____

¿Qué tipo de ayuda necesita? (marque todas las que aplican)

- | | | | |
|---|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Oír | <input type="checkbox"/> Hablar | <input type="checkbox"/> Comprender |
| <input type="checkbox"/> Ver | <input type="checkbox"/> Estar Parado | <input type="checkbox"/> Recordar | <input type="checkbox"/> Caminar |
| <input type="checkbox"/> Estar rodeado de mucha gente | <input type="checkbox"/> El manejo de emociones | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Describe como podemos ayudarle. *(Use una hoja adicional si es necesario)*

- Llenar formularios
 Programar una cita
 Idioma Americano de Señas (ASL)
- Otro: _____

Todas las solicitudes de modificaciones serán evaluadas de forma individual y se proporcionará una respuesta a su solicitud dentro de 5 días de trabajo.

Firma: _____

Fecha: _____

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: _____