



Округ Лос-Анджелес
Управление социального обеспечения

Акт об Американских гражданах имеющих инвалидность
(ADA)

[Запрос об обоснованно необходимых изменениях](#)

Округ Лос-Анджелес Управление социального обеспечения (DPSS) не нарушает гражданские права лиц, имеющих инвалидность, при определении их права на услуги, программы или мероприятия. Закон требует, чтобы DPSS обеспечило условия в разумных пределах для лиц с ограниченными возможностями.

Мы можем оказать вам дополнительную помощь или изменить некоторые требования и практику программы. Ниже указаны примеры тех услуг, о которых вы можете нас попросить:

- **Обслуживание без очереди**
- **Прочтение наших документов и форм**
- **Заполнение наших форм**
- **Получение необходимых нам документов**
- **Изменение требований, предъявляемых к трудоустройству или других требований программы**
- **Назначение встреч**
- **Другие обоснованно необходимые изменения**

Вы можете отдать заполненную форму прилагаемого запроса любому работнику Управления DPSS, или же вы можете также попросить любого работника DPSS о помощи. Вы также можете обратиться к представителю программы ADA в вашем местном отделении DPSS или же обратиться по адресу:

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

TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (Время работы только с 7:00 утра до 4:30 вечера)

Определение обоснованно необходимых изменений - процесс коллективный и будет происходить на индивидуальной основе в каждом отдельном случае. DPSS ответит на ваш запрос или запросы об изменениях в течение (5) рабочих дней, начиная с даты получения запроса.

Примечание: Вы не обязаны заполнять эту форму, чтобы ваш запрос на получение необходимых изменений был принят.



Округ Лос-Анджелес
Управление социального обеспечения
Акт об Американских гражданах, имеющих инвалидность (ADA)
Запрос об обоснованно необходимых изменениях

Фамилия	Имя	Отчество	
Домашний адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон	TTY:	Электронный адрес:	

Как бы вы хотели получить информацию о статусе вашего запроса об изменениях?

- По телефону Письменно Эл-почта Другое: _____

В какой именно помощи вы нуждаетесь? (укажите все, в чем вы нуждаетесь)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Трудности при чтении | <input type="checkbox"/> Проблема слуха | <input type="checkbox"/> Проблема речи | <input type="checkbox"/> Трудности с пониманием |
| <input type="checkbox"/> Проблема со зрением | <input type="checkbox"/> Трудности при нахождении стоя | <input type="checkbox"/> Потеря памяти | <input type="checkbox"/> Трудности при ходьбе |
| <input type="checkbox"/> Боязнь толпы | <input type="checkbox"/> Эмоциональное расстройство | | |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____ | | | |

Опишите, как мы можем вам помочь. *(При необходимости воспользуйтесь дополнительным листом бумаги)*

- Заполнение форм Назначение встречи Американский язык жестов (ASL)
 Другое: _____

Все запросы об изменениях будут оцениваться в индивидуальном порядке и ответ будет предоставлен в течение 5 рабочих дней.

Подпись: _____ Дата: _____

FOR DPSS USE ONLY

Please complete and forward one copy for evaluation to: ADA Title II Coordinator, Human Resources Division, Suite 200, Los Angeles, CA 90010. Phone: 562-908-8501 Fax: 213-639-3862.

Received by: _____ Phone: _____

Modification: Yes No: What type of modification was provided?

Authorized by: _____ Date: _____