



# Batas para sa mga Amerikanong may Kapansanan (ADA)

## [Kahilingan para sa Makatwirang Kaluwagan/Pagbabago](#)

Alinsunod sa mga iniaatas ng Titulo II ng Batas para sa mga Amerikanong may Kapansanan ng 1990 ("ADA"), ang Kagawaran ng Pampublikong Serbisyong Panlipunan (DPSS) ng County ng Los Angeles ay hindi nagpapakita ng kaibahan laban sa mga karapat-dapat na indibidwal na may kapansanan sa kanilang mga serbisyo, programa, o mga gawain. Ang batas ay nag-aatas sa DPSS na magbigay ng makatwirang kaluwagan/pagbabago sa mga indibidwal na may kapansanan.

Maaari kaming magbigay sa mga taong may kapansanan ng dagdag na tulong na kailangan nila o baguhin ang ilang mga kinakailangan at mga gawi sa programa. Nasa ibaba ang mga halimbawa ng mga bagay na maaari naming itulong:

- **Pagbabasa ng aming mga dokumento at mga pormularyo**
- **Pagkumpleto ng aming mga pormularyo**
- **Pagkuha ng mga dokumento na kailangan namin**
- **Mga pagbabago sa trabaho at iba pang kinakailangan sa programa**
- **Paggawa ng mga tipanan**
- **Iba pang makatwirang mga kaluwagan/pagbabago**

Kung ikaw ay isang karapat-dapat na indibidwal na may kapansanan na nangangailangan ng isang makatwirang kaluwagan/pagbabago, maaari mong isumite ang nakalakip na pormularyo ng kahilingan sa sinumang kawani ng DPSS o maaari kang humiling ng tulong sa sinumang kawani ng DPSS. Maaari ka ring makipag-ugnay sa ADA Liaison sa iyong lokal na Tanggapan ng DPSS o makipag-ugnay sa DPSS ADA Title II Coordinator sa:

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

(Mga oras ng tanggapan: L-B, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.)

**TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (Mga oras ng tanggapan lamang 7:00 a.m. - 4:30 p.m.)**

Ang pagkilala sa mga naaangkop na makatwirang kaluwagan/pagbabago ay isang mapagtutulungang proseso na susuriin sa indibidwal na batayan. Ang DPSS ay magbibigay ng tugon sa iyong kahilingan o mga kahilingan para sa kaluwagan/pagbabago sa loob ng limang (5) araw ng trabaho mula sa petsa ng natanggap ang kahilingan.

**Tandaan: Hindi mo kinakailangang kumpletuhin ang pormularyong ito upang maibigay ang isang kaluwagan/pagbabago.**





**Batas para sa mga Amerikanong may Kapansanan (ADA)**  
**Kahilingan para sa Makatwirang Kaluwagan/Pagbabago**

Apelyido	Pangalan	MI
Tirahan/Direksiyong Pangkoreo		
Lungsod	Estado	Zip
Telepono	TTY:	Email Address:

Paano mo gustong ipaalam sa iyo ang katayuan ng iyong kahilingan para sa kaluwagan/pagbabago?

Telepono     Pasulat     Iba pa: \_\_\_\_\_

**Ano ang kailangan mong tulong? (lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)**

- |  |  |                                      |                                    |
|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pagbasa                       | <input type="checkbox"/> Pagdinig                | <input type="checkbox"/> Pagsasalita | <input type="checkbox"/> Pag-unawa |
| <input type="checkbox"/> Paningin                      | <input type="checkbox"/> Pagtayo                 | <input type="checkbox"/> Pagsasaisip | <input type="checkbox"/> Paglakad  |
| <input type="checkbox"/> Napapaligiran ng maraming tao | <input type="checkbox"/> Pagharap sa mga emosyon |                                      |                                    |
| <input type="checkbox"/> Iba pa: _____                 |  |                                      |                                    |

Ilarawan kung paano ka namin maaaring matulungan. *(Gumamit ng mga karagdagang papel kung kinakailangan)*

Pagpuno ng mga form.     Pagtatakda ng tipanan     American Sign Language (ASL)

Iba pa: \_\_\_\_\_

*Ang lahat ng mga kahilingan para sa kaluwagan/pagbabago ay susuriing isa-sa at ang tugon sa iyong kahilingan ay ibibigay sa loob ng limang (5) araw ng trabaho.*

Lagda ng Aplikante/Kalahok	Petsa
----------------------------	-------

*Ang Paunawang ito at Kaugnay na Materyales ay Makukuha sa Alternatibong Format.*

Kung nakumpleto ang form na ito ng ibang tao sa iyong ngalan at nais mong payagan ang Kagawaran ng Pampublikong Serbisyong Panlipunan (DPSS) na talakayin ang iyong kapansanan/kahilingan para sa kaluwagan/pagbabago sa taong iyon, kailangan namin ang iyong pagsang-ayon. Mangyaring punan ang seksiyon sa ibaba at pirmahan.

Pinapahintulutan ko si \_\_\_\_\_ na talakayin ang aking kapansanan/  
(Ilimbag ang Pangalan ng Taong Itinalaga)

kahilingan para sa kaluwagan/pagbabago sa DPSS sa panahon ng 30 araw. Maaari kong bawiin ang pahintulot na ito sa anumang oras maliban sa impormasyon na naibigay na sa DPSS. Ang dokumentong ito ay iingat sa isang salansan ng kaso at hindi maaaring isiwalat nang wala akong pinirmahang pahintulot para sa bawat pagsisiwalat maliban kung ang pagsisiwalat ay partikular na kinakailangan o pinahihintulutan ng batas. Nabasa ko ang form na ito (o binasa sa akin ang form) pagkatapos na ito ay nakumpleto. Alam kong maaari akong makakuha ng kopya ng dokumentong ito kung hilingin ko ito.

Lagda ng Aplikante/Kalahok		Petsa
Ilimbag ang Pangalan ng Taong Itinalaga	Relasyon sa Aplikante/Kalahok	Numero ng Telepono
Tirahan	Lungsod at Estado	Zip Code

*Ang lahat ng mga kahilingan para sa kaluwagan/pagbabago ay susuriing isa-sa at ang tugon sa iyong kahilingan ay ibibigay sa loob ng limang (5) araw ng trabaho.*

**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: \_\_\_\_\_

*Ang Paunawang ito at Kaugnay na Materyales ay Makukuha sa Alternatibong Format.*