



# Đạo Luật Về Người Mỹ Bị Khuyết Tật (ADA) Yêu Cầu Được Có Điều Kiện Thuận Lợi/Sửa Đổi Hợp Lý, Tại Nơi Giao Tiếp

Để phù hợp với những quy định của Đề Mục II của Đạo luật Về Người Mỹ Bị Khuyết tật (“ADA”) 1990, Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng (DPSS) thuộc Quận-Hạt Los Angeles sẽ không phân biệt đối xử những cá nhân nào hội đủ điều kiện bị các khuyết tật dựa trên tình trạng khuyết tật, trong các dịch vụ, các chương trình hoặc các sinh hoạt. Luật pháp quy định sở DPSS cung cấp Yêu Cầu Được Có Điều Kiện Thuận Lợi/Sửa Đổi Hợp Lý, Tại Nơi Giao Tiếp cho các cá nhân nào bị khuyết tật.

Chúng tôi có thể cung cấp thêm trợ giúp cho những người bị khuyết tật mà họ cần hoặc sửa đổi một vài quy định và một vài thủ tục của chương trình. Dưới đây là những thí dụ về những điều mà chúng tôi có thể giúp đỡ quý vị:

- **Chỉ định người đọc cho quý vị nghe những tài liệu chứng từ và mẫu đơn của chúng tôi**
- **Chỉ định người giúp quý vị điền các mẫu đơn của chúng tôi**
- **Tìm lại các văn kiện mà chúng tôi cần**
- **Thay đổi những quy định về việc làm và chương trình khác**
- **Sắp xếp buổi hẹn cho quý vị**
- **Được có điều kiện thuận lợi/sửa đổi hợp lý khác, tại nơi giao tiếp**

Nếu quý vị là một cá nhân bị khuyết tật đạt tiêu chuẩn mà cần sự chỉnh sửa thu xếp thuận tiện/sửa đổi hợp lý, thì quý vị có thể nộp theo mẫu đơn yêu cầu, được kèm theo đây, đến bất cứ nhân viên DPSS nào hoặc quý vị có thể hỏi bất cứ nhân viên DPSS nào để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể liên lạc với Liên Lạc Viên ADA tại Văn Phòng DPSS địa phương của quý vị hoặc liên lạc với Điều Hợp Viên ADA Đề Mục II của sở DPSS tại:

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

(Văn phòng làm việc: Thứ Hai - Thứ Sáu, 8:00 giờ sáng đến 5:00 giờ chiều)

**TTY: (877) 735-2929 (California Relay) (Chỉ giờ làm việc của văn phòng mà thôi 7:00 giờ sáng đến 4:30 giờ chiều)**

Việc xác định được có điều kiện thuận lợi/sửa đổi hợp lý, tại nơi giao tiếp, là một quá trình hợp tác sẽ được đánh giá dựa trên mỗi cá nhân. DPSS sẽ cung cấp hồi đáp về yêu cầu hoặc về các yêu cầu chỉnh sửa thu xếp thuận lợi/sửa đổi của quý vị trong vòng năm (5) ngày làm việc tính từ ngày thỉnh cầu của quý vị đã nhận được.

**Lưu ý: Quý vị không bị quy định phải hoàn tất mẫu đơn này để được cung cấp cho sự chỉnh sửa thu xếp thuận tiện/sửa đổi.**

*Bản Thông Báo Này và Các Tài Liệu Liên Quan, Có Sẵn Dưới Hình Thức Khác.*





**Đạo Luật Về Người Mỹ Bị Khuyết Tật (ADA)**  
**Yêu Cầu Được Có Điều Kiện Thuận Lợi/Sửa Đổi Hợp Lý, Tại Nơi Giao Tiếp**

Họ Tên Gọi Tên Đệm Viết Tắt

---

Địa Chỉ Nhà/Địa Chỉ Nhận Thư

---

Thành Phố Tiểu Bang Mã Zip

---

Điện Thoại TTY: Địa Chỉ Email:

---

Quý vị muốn được thông báo về tình trạng của việc yêu cầu được có điều kiện thuận lợi/sửa đổi hợp lý, tại nơi giao tiếp của quý vị, bằng cách nào?

Điện thoại     Viết tay     Cách Khác \_\_\_\_\_

**Quý vị cần được sự giúp đỡ nào? (xin ngoắc dấu vào mọi ô áp dụng cho quý vị)**

- |   |   |                              |                                |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Đọc                      | <input type="checkbox"/> Nghe                         | <input type="checkbox"/> Nói | <input type="checkbox"/> Hiểu  |
| <input type="checkbox"/> Nhìn                     | <input type="checkbox"/> Đứng                         | <input type="checkbox"/> Nhớ | <input type="checkbox"/> Đi bộ |
| <input type="checkbox"/> Ở chỗ đông người         | <input type="checkbox"/> Giải quyết với những cảm xúc |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> Loại giúp đỡ khác: _____ |   |                              |                                |

Xin miêu tả, chúng tôi có thể giúp đỡ quý vị thế nào? (Dùng thêm tờ giấy khác, nếu cần thiết)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Điền các mẫu đơn    | <input type="checkbox"/> Sắp xếp một buổi hẹn | <input type="checkbox"/> Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ (ASL) |
| <input type="checkbox"/> Giúp đỡ khác: _____ |   |  |

*Tất cả những yêu cầu đối với điều kiện thuận lợi/sửa đổi sẽ được định giá cho mỗi cá nhân, và hỏi đáp cho yêu cầu của quý vị sẽ được cung cấp trong vòng năm (5) ngày làm việc.*

Chữ ký của Người Nạp Đơn/Tham Dự Viên	Ngày
---------------------------------------	------

*Bản Thông Báo này và Các Tài Liệu Liên Quan, Có Sẵn Dưới Hình Thức Khác.*

Nếu người nào đó đã thay mặt cho quý vị hoàn tất mẫu đơn này và quý vị muốn cho phép Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng (DPSS) thảo luận về tình trạng khuyết tật/yêu cầu được có điều kiện thuận lợi/sửa đổi, tại nơi giao tiếp của quý vị với họ, chúng tôi cần có sự chấp thuận của quý vị. Xin quý vị điền phần dưới đây và ký tên.

Tôi ủy quyền \_\_\_\_\_ được thảo luận về tình trạng khuyết tật/yêu cầu  
(Viết Chữ In Tên của Người Được Chỉ Định)  
được có điều kiện thuận lợi/sửa đổi tại nơi giao tiếp của tôi với DPSS trong một giai đoạn 30 ngày. Tôi có thể hủy bỏ sự ủy quyền này vào bất cứ lúc nào, ngoại trừ những thông tin đã được cung cấp cho DPSS rồi. Văn kiện này sẽ được lưu trữ trong hồ sơ và sẽ không được tiết lộ mà không có sự đồng ý có ký tên của tôi đối với mỗi lần phổ biến, trừ phi sự tiết lộ này được luật pháp đặc biệt quy định hoặc được cho phép. Tôi đã đọc (hoặc đã được đọc cho nghe mẫu đơn này) sau khi đơn đã được hoàn tất. Tôi biết rằng tôi có thể lấy được một bản sao của bản văn kiện này nếu mà tôi yêu cầu được có một bản.

Chữ Ký của Người Nạp Đơn/Tham Dự Viên		Ngày
Viết Chữ In Tên của Người Được Chỉ Định	Liên Hệ của Người Này với Người Nạp Đơn/Tham Dự Viên	Số Điện Thoại
Địa Chỉ	Thành Phố và Tiểu Bang	Mã Zip

*Tất cả những yêu cầu cho điều kiện thu xếp thuận lợi/sửa đổi sẽ được định giá cho từng cá nhân và hỏi đáp cho yêu cầu của quý vị sẽ được cung cấp trong vòng năm (5) ngày làm việc.*

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

*Bản Thông Báo Này và Các Tài Liệu Liên Quan, Có Sẵn Dưới Hình Thức Khác.*