



《美国残疾人法案》(ADA)
申请和回复

A. 联系信息

申请日期: _____

需要《美国残疾人法案》(以下简称“ADA”)服务的人员姓名(申请人): _____

联系人姓名(若不同于申请人): _____ 与申请人的关系: _____

邮寄地址: _____

电话: _____ 电子邮件: _____

传真: _____ 请列出您偏好使用的联系方式: _____

B. 便利服务申请

1. 请具体指明负责项目、服务、活动、政策或沟通事务的市政部门:

2. 请具体指明您申请的理由(请勾选所有适用项)

使本人能够参与市政府提供的某个项目或活动

项目或活动举办日期: _____

项目或活动的概述: _____

请求对一项规则、政策或流程的例外情况处理。

请具体指明该规则、政策或流程(若知晓): _____

请指明任何其他原因(例如:某一市政部门与您的沟通方式):

3. 请描述您申请的便利服务内容:

美国手语(ASL)翻译

流程进行期间需要频繁休息

助听器

大字体印刷材料

记录人员

录音文本

CART(计算机辅助即时翻译)

音频材料

合格阅读人员

盲文材料

其他

4. 请描述这类便利服务将怎样帮到您。

C. 仅供本市政工作人员使用（针对 ADA 便利服务申请所做的回复）：

1. 上述申请现已**获得批准**：

_____ 全部获批，详情如下（请指明便利服务内容）：

_____ 部分获批。经申请人同意，可用替代性便利服务包括（请指明便利服务内容）：

2. 上述申请现已**被驳回**，理由是：

_____ 按照 ADA 的规定，申请人并非属于合格残疾人。

_____ 该 ADA 便利服务申请造成了不当财务或管理负担。
请描述这种服务怎样造成了不当负担。

_____ 该申请从根本上更改（改变）了服务、项目或活动的性质（根据 ADA 的定义）。

_____ 市政府需要获取更多信息。请致电本市的 ADA 协调人：(503) 526-2200.

正楷书写姓名： _____ 日期： _____