



Yêu Cầu về Biện Pháp Điều Chỉnh và Trả Lời Liên Quan Đến Đạo Luật về Người Mỹ Khuyết Tật (ADA)

A. Thông Tin Liên Hệ

Ngày Yêu Cầu: _____

Tên của người cần điều chỉnh theo ADA (Đương Đơn): _____

Tên Liên Hệ (nếu khác với Đương Đơn): _____ Quan Hệ với Đương Đơn: _____

Địa Chỉ Gửi Thư: _____

Số Điện Thoại: _____ Địa Chỉ Email: _____

Số Fax: _____ Vui lòng liệt kê phương thức liên lạc ưa dùng: _____

B. Yêu Cầu về Biện Pháp Điều Chỉnh

1. Vui lòng cho biết sở của thành phố phụ trách chương trình, dịch vụ, hoạt động, chính sách hoặc liên lạc:

2. Vui lòng cho biết lý do quý vị yêu cầu biện pháp điều chỉnh (chọn tất cả các trường hợp phù hợp)

┆ Để cho phép tôi tham gia một chương trình hay hoạt động mà Thành Phố cung cấp

Ngày diễn ra chương trình hay hoạt động: _____

Mô tả ngắn gọn về chương trình hay hoạt động: _____

┆ Để yêu cầu áp dụng ngoại lệ đối với một quy định, chính sách hoặc thủ tục.

Vui lòng cho biết quy định, chính sách hoặc thủ tục (nếu biết): _____

┆ Các lý do khác, vui lòng nêu rõ (ví dụ Cách thành phố liên lạc với quý vị):

3. Mô tả biện pháp điều chỉnh quý vị yêu cầu:

┆ Thông dịch viên ASL

┆ Thiết bị hỗ trợ nghe

┆ Người ghi chú

┆ CART (Biên Dịch Thời Gian Thực Có Máy Tính Hỗ Trợ)

┆ Người đọc có năng lực

┆ Khác _

┆ Giải lao thường xuyên trong thủ tục

┆ Tài liệu bằng chữ in lớn

┆ Văn bản ghi âm

┆ Các tập tin ghi âm

┆ Tài liệu bằng chữ nổi

4. Mô tả biện pháp điều chỉnh này sẽ hỗ trợ quý vị như thế nào.

C. Chỉ dành cho thành phố sử dụng (Trả Lời Yêu Cầu Điều Chỉnh theo ADA):

1. Yêu cầu bên trên **ĐƯỢC CHẤP NHẬN:**

_____ toàn bộ và như sau (cho biết các biện pháp điều chỉnh):

_____ một phần. Như được Đương Đơn nhất trí, các biện pháp điều chỉnh thay thế là như sau (cho biết biện pháp điều chỉnh):

2. Yêu cầu bên trên **BỊ TỪ CHỐI:**

_____ Đương đơn không phải là người khuyết tật đủ điều kiện theo ADA.

_____ Yêu cầu về biện pháp điều chỉnh theo ADA tạo ra gánh nặng tài chính hoặc hành chính không hợp lý. Vui lòng mô tả yêu cầu đó tạo ra gánh nặng không hợp lý như thế nào.

_____ Yêu cầu này làm thay đổi căn bản bản chất của dịch vụ, chương trình hoặc sự kiện (như định nghĩa bởi ADA).

_____ Thành phố cần thêm thông tin. Vui lòng liên hệ với điều phối viên ADA của thành phố theo số (503) 526-2200.

Tên viết in: _____

Ngày: _____