



미국 장애인 법(ADA)

편의시 요청 및 응답

A. 연락처 정보

요청 날짜: \_\_\_\_\_

ADA 편의 서비스가 필요한 사람의 이름(신청인): \_\_\_\_\_

담당자 이름(신청인이 다른 사람일 경우): \_\_\_\_\_ 신청인과의 관계: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_

전화 번호: \_\_\_\_\_ 이메일 주소: \_\_\_\_\_

팩스 번호: \_\_\_\_\_ 선호하시는 연락 방법을 기재해 주십시오. \_\_\_\_\_

B. 편의서비스 요청

1. 프로그램, 서비스, 활동, 정책 또는 의사소통을 담당하는 시 부서를 명시해 주십시오.

\_\_\_\_\_

2. 귀하께서 편의 시설을 요청하는 이유를 말씀해 주십시오. (해당하는 모든 것에 체크해 주십시오)

┆ 시에서 제공하는 프로그램이나 활동에 참여하기 위해

프로그램 또는 활동 날짜: \_\_\_\_\_

프로그램이나 활동에 대한 간략한 설명: \_\_\_\_\_

┆ 규칙, 정책 또는 절차에 대해 질문하기 위해

규칙, 정책 또는 절차를 명시해 주십시오. (만약 알고 있는 경우) \_\_\_\_\_

┆ 다른 이유일 경우 명시해 주십시오. (예: 부서가 귀하와 의사소통을 하는 방식)

\_\_\_\_\_

3. 요청하고자 하시는 편의 서비스를 말씀해 주십시오:

┆ 미국 수화 통역사

┆ 진행 중에 잦은 휴식시간

┆ 보조 청각장치

┆ 대형 인쇄자료

┆ 받아 적는 사람

┆ 녹음된 문서

┆ CART (컴퓨터 보조 실시간 번역)

┆ 오디오 녹음

┆ 읽기 전문가

┆ 점자 자료

┆ 기타 \_\_\_\_\_

4. 이 편의서비스들이 귀하를 어떻게 도울 수 있는지 설명해 주십시오.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. 시 담당 직원 사용란 (ADA 편의서비스 요청에 대한 응답):**

1. 위의 요청이 승인되었습니다.

\_\_\_ 전체 및 다음과 같습니다. (편의서비스 명시):

\_\_\_\_\_

\_\_\_ 일부. 신청자의 동의함에 따라 대체 편의서비스들은 다음과 같습니다. (편의서비스 명시):

\_\_\_\_\_

2. 위의 요청이 다음과 같은 이유로 거부 되었습니다.

\_\_\_ 신청자는 ADA 의 자격을 갖춘 장애인이 아닙니다.

\_\_\_ ADA 편의서비스 요청이 과도한 재정 또는 행정 부담을 발생시킵니다.  
어떻게 과도한 부담을 발생시키는지 설명해 주십시오.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_ 요청이 서비스, 프로그램 또는 이벤트 본연의 성격을 근본적으로 변화(변경) 시킵니다.(미국 장애인 법(ADA)에 의해 된 바대로)

\_\_\_ 시는 정보가 더 필요합니다. 시 ADA 코디네이터 전화번호 (503) 526-2200 으로 연락 주시기 바랍니다.

이름 기입: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_