



**Закон о защите граждан с ограниченными возможностями (ADA)/Запрос на предоставление дополнительных услуг**

**A. Контактная информация**

Дата подачи запроса: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия лица, нуждающегося в предоставлении дополнительных услуг в соответствии с законом ADA (Заявитель):  
\_\_\_\_\_

Имя контактного лица (если отлично от заявителя): \_\_\_\_\_ Кем приходится заявителю: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Номер факса: \_\_\_\_\_ Пожалуйста, укажите предпочтительный способ связи: \_\_\_\_\_

**B. Запрос на предоставление дополнительных услуг**

1. Пожалуйста, укажите отдел городской администрации, ответственный за проведение программы, мероприятия, предоставление услуги, выработку порядка или осуществление общения:  
\_\_\_\_\_

2. Пожалуйста, укажите причины, по которым Вам требуется дополнительная помощь (отметьте все подходящие ответы)

Для получения возможности участвовать в программе или мероприятии, проводимой (-мом) городской администрацией

Дата проведения программы или мероприятия: \_\_\_\_\_

Краткое описание программы или мероприятия: \_\_\_\_\_

Для обращения с запросом на предоставление мне права на исключение из правил, общих принципов или установленного порядка.

Пожалуйста, укажите правило, принцип или порядок (если известно): \_\_\_\_\_

Другие причины, пожалуйста, укажите (напр. Способ получения информации от городской администрации):  
\_\_\_\_\_

3. Опишите дополнительные услуги, о предоставлении которых Вы просите:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Сурдопереводчик                               | <input type="checkbox"/> Частые перерывы во время мероприятия                |
| <input type="checkbox"/> Вспомогательное слуховое устройство           | <input type="checkbox"/> Информационные материалы, набранные крупным шрифтом |
| <input type="checkbox"/> Секретарь, ведущий записи                     | <input type="checkbox"/> Текст в магнитофонной записи                        |
| <input type="checkbox"/> Компьютерный перевод в реальном времени(CART) | <input type="checkbox"/> Аудио записи  |
| <input type="checkbox"/> Квалифицированные читатели                    | <input type="checkbox"/> Материалы, набранные шрифтом Брайля                 |
| <input type="checkbox"/> Другое _____                                  |  |

4. Опишите, как данная дополнительная услуга Вам поможет.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**С. Только для использования представителями городской администрации (Ответ на запрос на предоставление помощи в соответствии с законом ADA):**

1. Выказанная выше просьба **УДОВЛЕТВОРЕНА**:

\_\_\_\_\_ полностью и следующим образом (укажите предоставленные услуги):

---

\_\_\_\_\_ частично. В соответствии с согласием заявителя дополнительными услугами являются следующие (укажите дополнительные услуги):

---

2. Выказанная выше просьба **ОТКЛОНЕНА** по следующей причине:

\_\_\_ Заявитель не считается лицом с ограниченными возможностями согласно требованиям закона ADA.

\_\_\_ Просьба об удовлетворении услуг в соответствии с законом ADA создаёт чрезмерные финансовые и административные сложности.

Пожалуйста, опишите, каким образом выполнение просьбы создаёт чрезмерные сложности.

---

---

\_\_\_ Настоящая просьба значительно модифицирует (изменяет) характер услуги, программы или мероприятия (как определено в законе ADA).

\_\_\_ Городской администрации требуется дополнительная информация. Пожалуйста, свяжитесь с координатором по вопросам соблюдения закона ADA по телефону (503) 526-2200.

Имя печатными буквами: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_