



Formulario de solicitud de modificaciones razonables y asistencia de comunicación por la ADA del Equipo Katie Beckett para personas con discapacidad

¿Tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable o asistencia de comunicación para acceder a los servicios de Katie Beckett?

Para solicitar una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional, llene el formulario a continuación. No es necesario que llene este formulario o nos diga su discapacidad para recibir modificaciones razonables, asistencia de comunicación o ayuda adicional.

Si necesita ayuda para llenarlo, consulte a un miembro de nuestro personal o llame al 678-248-7449. Hay formatos alternativos de este formulario disponibles a pedido. La información que nos proporciona es confidencial.

El equipo de Katie Beckett del Departamento de Salud Comunitaria (DCH) brinda:

- Modificaciones razonables cuando son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar las políticas, prácticas o procedimientos en uso para proporcionar acceso equitativo.
- Asistencia de comunicación para las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad, como intérpretes de lengua de señas, para una comunicación efectiva.

El DCH no está obligado a realizar ninguna modificación que resultaría en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, la elegibilidad o el nivel de requisitos de cuidado, o que cree cargas financieras y administrativas indebidas.

El DCH tiene prohibido divulgar información personal identificable (PII) o información de salud protegida (PHI) a personas no autorizadas. Por lo tanto, el DCH no revelará ni discutirá la PII o la PHI de una persona con discapacidad, ni permitirá el acceso a esta, sin la autorización correspondiente.

En situaciones en las que un acompañante u otra persona solicite una modificación razonable o asistencia de comunicación en nombre de una persona con discapacidad, el DCH se comunicará con el solicitante/destinatario con una discapacidad o con un representante autorizado para verificar la solicitud.



Para uso de la agencia únicamente

Jefe de familia _____ Identificación del cliente _____

Fecha: _____

Nombre de la persona con discapacidad que necesita una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional:

*Nombre del solicitante (si es diferente del nombre mencionado anteriormente): _____

Relación del solicitante con la persona con discapacidad: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento de la persona con discapacidad: / / o ID de cliente: _____

Dirección: Calle _____ Ciudad _____ Código postal _____

Condado: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico (si hay): _____

Programa (marque todas las que correspondan): ___ Medicaid ___ PeachCare for Kids®

1. ¿Necesita una modificación razonable (ayuda adicional) debido a una discapacidad?

___ Sí ___ No

En caso afirmativo, describa la modificación razonable que está solicitando.

2. ¿Usted o su acompañante necesitan asistencia de comunicación debido a una discapacidad? En caso afirmativo, díganos para que podamos ayudarlo. (Marque todas las que correspondan).

Intérprete de lengua de señas ___; intérprete de habla con clave ___; intérprete oral ___; intérprete táctil ___; TTY ___; braille ___; letra grande ___; comunicación electrónica (correo electrónico) ___; otro: _____

3. ¿Cómo le ayudará esta modificación razonable (o ayuda adicional)?



Nombre de la persona con discapacidad: _____ Fecha de nacimiento o identificación de cliente _____

4. ¿Necesita esta modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional **una vez** ____ **o continuamente** ____? Si es posible, explique cuándo y cuánto tiempo necesita esta asistencia (ayuda adicional).

Entregue este formulario debidamente llenado a su asistente social, la persona de la recepción o envíelo por correo electrónico a constituentservices@dch.ga.gov y escriba "ADA" en la línea de asunto.

*La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Ley de Enmiendas de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidad no sufran discriminación ilegal.

Declaración de no discriminación

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., escriba al Director del HHS a HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (800) 368-1019 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Para uso de la agencia únicamente:

ID de cliente: _____

Fecha en que el DCH recibió el formulario de modificación razonable (RM): _____

¿Fue el formulario de RM en nombre de una persona con discapacidad? Sí ____ No ____

Recibido por: _____

Nombre del personal

Función

Acción tomada por: _____

Nombre del personal

Función

Acción finalizada:

Fecha de finalización de acción: _____

NOTA: Sólo el subdirector ejecutivo de elegibilidad e inscripción del DCH o su designado pueden negar una solicitud de modificación razonable (ayuda adicional).