



Katie Beckett Equipo de la ley ADA Formulario de Solicitud de Modificaciones Razonables y Asistencia para la Comunicación para Personas con Discapacidades

**¿Usted tiene una discapacidad y necesita una
modificación razonable o asistencia para la
comunicación?**

Para solicitar una modificación razonable, asistencia para la comunicación o ayuda adicional, complete el siguiente formulario. Se exige que complete este formulario ni informarnos sobre su discapacidad para recibir modificaciones razonables, asistencia para la comunicación o ayuda adicional.

Si necesita ayuda para completarlo, solicite ayuda a alguien de nuestro personal o llame al 678-248-7449. Se encuentran disponibles formatos alternativos de este formulario a petición. La información que usted proporciona es confidencial.

El equipo de Katie Beckett del Departamento de Salud Comunitaria (DCH, por las siglas en inglés) proporciona:



- Modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos operativos para brindar igualdad de acceso;
- Las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidades reciben asistencia para la comunicación, como intérpretes de la lengua de señas, para comunicarse de manera eficaz.

El DCH no está obligado a realizar ninguna modificación que pudiera causar una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, elegibilidad o nivel de requisitos del cuidado, o crear cargas económicas y administrativas indebidas.

Se le prohíbe al DCH divulgar la Información de Identificación Personal (PII) o la Información de Salud Protegida (PHI) a personas no autorizadas. Por lo tanto, el DCH no divulgará, analizará o permitirá el acceso a la PII o PHI de la persona con una discapacidad sin la



autorización correspondiente.

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



Solo para uso de la agencia

Cabeza de la unidad familiar _____ Número de identificación del cliente_

Fecha: _____

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

***Nombre del solicitante (en caso de que sea diferente que el nombre que se indicó anteriormente):** _____

_____ **Relación del solicitante**

con la persona con una discapacidad: _____

Nro. de teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Fecha de nacimiento de la persona con una discapacidad: / / **o número de**

identificación del cliente: _____ **Dirección: Calle** _____

_____ **Ciudad** _____ **Zip** _____



Condado:___Nro. de teléfono:_____

Correo electrónico (si hay uno disponible): _____

1. ¿Necesita una modificación razonable (ayuda adicional) por la discapacidad?

Sí No

En caso afirmativo, describa la modificación razonable que solicita.

2. ¿Usted o su acompañante necesita asistencia para la comunicación porque tiene una discapacidad? En caso afirmativo, indique qué tipo de asistencia para que podamos ayudarlo. (Seleccione todas las opciones que



correspondan)

Intérprete de lengua de señas _____; Intérprete de la
palabra complementada _____; Intérprete oral
___; Intérprete táctil _____; Teléfono de texto ___;
Braille _____; Letras grandes ___; Comunicación
electrónica (correo electrónico) _____; Otra: _____

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



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

4. ¿Necesita esta modificación razonable, asistencia para la comunicación o ayuda adicional una sola vez ____ o permanentemente _____? Si es posible, explique cuándo y por cuánto tiempo necesita esta asistencia (ayuda adicional).

Entregue este formulario completado al asistente social, la persona que se encuentra en la recepción, o envíelo por correo a:

Katie Beckett Team ADA/Section 504 Coordinator
2211 Beaver Run Road, Suite 150
Norcross, GA 30071



o envíelo por correo electrónico a dch.adarequests@dch.ga.gov y escriba “ADA” en la línea del asunto.

* La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades estén libres de discriminación ilegal.

Declaración de no discriminación

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo o religión.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de Señas Estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (Estatal o local) donde solicitaron los beneficios.

Además, la información del programa estará disponible en otros



idiomas además del inglés.

Cualquier persona o representante de un solicitante o participante de Katie Beckett puede presentar un reclamo oral o escrito que alegue discriminación ilegal comunicándose con el Coordinador de Derechos Civiles del DCH, Oficina de Políticas, Cumplimiento y Operaciones, División de Planes de Asistencia Médica, DCH al 404- 967- 0401 (local), o por correo electrónico a DCH.CivilRights@dch.ga.gov, o por correo postal de EE.UU. al:

The Georgia Department
of Community Health
DCH Civil Rights
Coordinator
Oficina de Políticas,
Cumplimiento y
Operaciones División de
Planes de Asistencia
Médica
2 Peachtree
Street, NW



GEORGIA DEPARTMENT
OF COMMUNITY HEALTH

37° piso

Atlanta, GA

30303

Para presentar un reclamo por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia económica federal a través del Departamento de Salud y de Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU., escriba a: Director del HHS, Oficina de Derechos Civiles, Oficina 515-F, 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20201 o llame al (800) 368-1019 (llamada de voz) o (800) 537-7697 (teléfono de texto).

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.



Solo para uso de la agencia:

Número de identificación del cliente: _____

Fecha en que el DCH recibió el formulario de modificaciones razonables: _

¿El formulario de modificaciones razonable se presentó en nombre de una
persona con una discapacidad? Sí _____ No ___ Recibido por: _____

Acción tomada por: _____
Nombre del _____ Título: _____

Se llevó a cabo la

Fecha en que se llevó a cabo la acción: __

AVISO: Una solicitud de una modificación razonable (ayuda adicional) solo puede ser rechazada por el subdirector ejecutivo de la Oficina de Políticas, Cumplimiento y Operaciones de Planes de Asistencia Médica del DCH o la