

## 보조 지원 및 서비스 요청서

If you are working with a client who may be deaf or hard-of-hearing:

1. Refer to the Desk Guide to Working with Clients who are Deaf or Hard-of-Hearing (DHS-3).
2. Contact your supervisor.
3. **Give page 2 (Auxiliary Aids and Services Request Form) to the client** and ask them to complete the form.
  - Some clients who are deaf or hard-of-hearing may not be able to read this form. **If a client needs assistance with reading and/or filling out the form, please request a sign language interpreter immediately.**
  - The Auxiliary Aids and Services Request Form is available in 11 languages. If the client reads or writes in a language other than English, please provide them with page 2 of the form in the language they prefer.
4. Fill out the section below on this page.
5. Once the form is **completed by the client, please do the following:**
  - **Scan both pages** into the client's case file in CARES;
  - **Email both pages** to [eoas@dhs.nyc.gov](mailto:eoas@dhs.nyc.gov);
  - **Make a copy of the form** and place it in the client's hard copy file; and
  - **Give the original** to the client to keep.

The Auxiliary Aids and Services Request Form is only for record keeping. To order an interpreter for this client, follow the steps outlined in the Desk Guide to Working with Clients who are Deaf or Hard-of-Hearing (DHS-3), or speak to your supervisor.

**DHS and Provider Staff must complete this section:**

Intake/Shelter Name: \_\_\_\_\_

Staff Name and Title: \_\_\_\_\_

Client Name: \_\_\_\_\_ CARES ID: \_\_\_\_\_

Type of Aid Provided: \_\_\_\_\_

If requested aid could not be provided, explain why: \_\_\_\_\_

Staff signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**DHS 및 제공자 직원 지침은 이 페이지에 있습니다.**

## 보조 지원 및 서비스 요청서

귀하는 본인 스스로 청각 장애인이라고 밝히셨거나 당국에 의해 청각 장애인으로 확인되었습니다. 법에 따라 보호 시설을 신청하는 동안 및 보호 시설 입주 기간 동안에는 **DHS** 및 제공자 직원과 의사 소통을 하는 데 유용한 서비스 및/또는 장비를 요구할 권리가 있습니다.

아래 섹션에서 **DHS** 직원과 의사 소통하는 데 도움을 드리는 수화 통역사 또는 기타 도움을 요청하실 수 있습니다. 보조 기구에 대한 귀하의 첫 번째 선택은 즉시 이용하지 못할 수 있지만 **DHS** 는 귀하를 돕기 위해 적절한 기구를 제공하려고 노력한다는 사실을 기억해 주시기 바랍니다.


### 의뢰자 정보

성명: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_ 오늘 날짜: \_\_\_\_\_

### 의뢰자 요청

저는 다음 방법으로 **DHS** 및 제공자 직원과 의사 소통하는 것을 선호합니다.

수화 통역 

수화 종류(예: 미국 수화(ASL)) \_\_\_\_\_

가능한 경우 본인의 가족 구성원이나 친구가 수화 통역사 역할을 담당하기를 원합니다.

가족 구성원 또는 친구의 연락처 정보:

성명: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_

기타 장비 또는 서비스: \_\_\_\_\_

의견: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_