

### **Запрос вспомогательных средств и услуг**

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: \_\_\_\_\_

**На этой странице напечатаны инструкции для сотрудников DHS и организации-поставщика.**

## Запрос вспомогательных средств и услуг

Вы указали или было установлено, что вы страдаете глухотой или нарушением слуха. По закону вы имеете право просить о предоставлении услуг и/или устройств, которые помогут вам общаться с сотрудниками Департамента по делам бездомных (Department of Homeless Services, DHS) и поставщика услуг при обращении за местом в приюте и в период вашего пребывания в приюте.


В расположенных ниже полях вы сможете заказать услуги сурдоперевода или любые другие средства помощи для общения с сотрудниками DHS. Просим учитывать, что предпочитаемого вами вспомогательного средства может не быть в наличии, однако DHS примет меры, чтобы обеспечить предоставление вам соответствующего вспомогательного средства.

### Информация о клиенте

Полное имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Подпись: \_\_\_\_\_ Дата заполнения: \_\_\_\_\_

### Запрос клиента

Я предпочитаю общаться с сотрудниками DHS и поставщика с помощью:

Сурдоперевода 

Тип языка жестов (например, американский язык жестов [American Sign Language, ASL]): \_\_\_\_\_

По возможности я хотел бы, чтобы моим сурдопереводчиком выступал друг или член семьи.

Контактная информация моего друга или члена семьи:

Полное имя: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Эл. почта: \_\_\_\_\_

Другого устройства или услуги: \_\_\_\_\_

Примечания. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_