

সহায়ক সহায়তা এবং পরিষেবা অনুবোধের ফর্ম

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;
 - **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: _____

এই পৃষ্ঠায় DHS এবং সহায়তা প্রদানকারী কর্মীদের জন্য নির্দেশিকা দেওয়া আছে।

সহায়ক সহায়তা এবং পরিষেবা অনুরোধের ফর্ম

আপনি, নিজেকে বধির বা শুনতে কম পাওয়া ব্যক্তি হিসাবে চিহ্নিত করেছেন বা অন্যের দ্বারা চিহ্নিত হয়েছেন। আইন অনুযায়ী, আশ্রয়ের জন্য আবেদন করার সময় এবং আশ্রয়ে থাকাকালীন আপনি DHS এবং সাহায্য প্রদানকারী কর্মীর সাথে কথোপকথনের সময় সাহায্যের জন্য পরিষেবা এবং/অথবা ডিভাইসের অনুরোধ করার অধিকার আপনার আছে।


নিম্নলিখিত অংশে, DHS কর্মীর সাথে কথোপকথনের সময় সাহায্যের জন্য আপনি প্রতীকী ভাষায় দোভাষীর বা অন্য কোন সহায়তার অনুরোধ করতে পারেন। আপনার স্ত্রীত্বের জন্য বলে রাখি সহায়তা ক্ষেত্রে আপনার প্রথম পছন্দ অবিলম্বে উপলব্ধ নাও হতে পারে, তবে DHS আপনাকে সাহায্যের জন্য সঠিক সহায়তা দিতে অবশ্যই পদক্ষেপ নেবে।

ক্লায়েন্টের তথ্য

নাম: _____ জন্ম তারিখ: _____/_____/_____
 স্বাক্ষর: _____ আজকের তারিখ _____

ক্লায়েন্টের অনুরোধ

আমি DHS এবং সাহায্য প্রদানকারী কর্মীর সাথে কথোপকথনের জন্য নিম্নোক্তটি ব্যবহার করতে চাই:

প্রতীকী ভাষায় অনুবাদ 

প্রতীকী ভাষার ধরণ (উদাহরণস্বরূপ আমেরিকান প্রতীকী ভাষা [American Sign Language, ASL])

যখন উপলব্ধ হবে, তখন আমি চাই আমার প্রতীকী ভাষার দোভাষী হয়ে আমার পরিবারের সদস্য বা বন্ধু কাজ করবে।

পরিবারের সদস্য বা বন্ধুর যোগাযোগের তথ্য:

নাম: _____ ফোন নম্বর: _____

ইমেল: _____

অন্যান্য ডিভাইস বা পরিষেবা:

মন্তব্য: _____

এই পৃষ্ঠাটি আবশ্যিকভাবে ক্লায়েন্টকে সম্পূর্ণ করতে হবে।