

## **Formularz zamówienia dodatkowej pomocy i usług**

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: \_\_\_\_\_

**Na tej stronie znajdują się instrukcje dla DHS i personelu usługodawcy.**

## Formularz zamówienia dodatkowej pomocy i usług

Został(a) Pan(i) uznany(-a) lub określił(a) Pan(i) siebie jako osobę głuchą lub niedosłyszącą. Zgodnie z prawem, może Pan(i) zamówić usługi i/lub urządzenia, które pomogą w komunikacji z DHS i personelem usługodawcy podczas ubiegania się o schronienie i podczas pobytu w schronisku.


W poniższych punktach może Pan(i) wnioskować o tłumacza języka migowego lub inną pomoc podczas komunikacji z personelem DHS. Należy mieć świadomość, że wybrana pomoc może nie być dostępna niezwłocznie, jednak DHS podejmie kroki w celu zapewnienia, że zostanie Panu(-i) udostępniona odpowiednia pomoc.

### Informacje klienta

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Podpis: \_\_\_\_\_ Dzisiejsza data: \_\_\_\_\_

### Prośba klienta

Chcę porozumiewać się z DHS i personelem dostawcy, korzystając z:

Tłumaczenia za pomocą języka migowego 

Rodzaj języka migowego (na przykład amerykański język migowy  
 [American Sign Language, ASL]) \_\_\_\_\_

Chcę, aby członek mojej rodziny lub przyjaciel pełnił rolę tłumacza języka migowego, jeśli będzie dostępny.

Dane kontaktowe członka rodziny lub przyjaciela:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Inne urządzenie lub usługa: \_\_\_\_\_

Uwagi: \_\_\_\_\_

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

**Ta strona powinna zostać wypełniona przez klienta**