

Formulario de Petición de Ayuda y Servicios Auxiliarios

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: _____

Las instrucciones para DHS y el personal proveedor se encuentran en esta página.

Formulario de Petición de Ayuda y Servicios Auxiliares

Usted se ha identificado o ha sido identificado como sordo o impedido de la audición. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar servicios y/o dispositivos que le ayuden a comunicarse con DHS y el personal proveedor, en lo que presenta su solicitud de albergue y durante su estadía en el albergue.

En las secciones más abajo, usted puede solicitar un intérprete de lenguaje de señas o cualquier dispositivo que le ayude a comunicarse con el personal de DHS. Favor de tener presente que su primera opción de ayuda puede no estar disponible de inmediato, no obstante DHS tomará los pasos necesarios para asegurarse de que se le provea a usted ayuda apropiada.


Información del cliente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Petición del cliente

Prefiero comunicarme con DHS y el personal proveedor mediante:

Interpretación de lenguaje de señas 

Tipo de lenguaje de señas

(por ejemplo, Lenguaje de Señas Estadounidense [ASL]) _____

Cuando disponible, deseo que un familiar o amigo sirva de mi intérprete de lenguaje de señas.

Información de contacto del familiar o amigo:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Otro dispositivo o servicio:

Comentarios:

Esta página la debe llenar el cliente.